

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. GIL Robert

Né à Paris, le 26 Janvier 1902.

Le Dépistage de la Syphilis ignorée
au dispensaire
par la Méthode de Vernes

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

Éditions JEL
16, Rue Ernest Cresson
Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. GIL Robert

Né à Paris, le 26 Janvier 1902.

Le Dépistage de la Syphilis ignorée au dispensaire par la Méthode de Vernes

Président : **M. GOUGEROT**, Professeur.

Éditions JEL

16, Rue Ernest Cresson

Paris



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de Pencéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . Neurologie et Psychiatrie.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	JADENAT	Clinique chirurgicale. (suite)
AUBERTIN		HEITZ-BOYER..	
BRULE		MOCQUOT	
CHIRAY		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER			
LIAN		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PERE

*avec le regret infini de ne pouvoir lui
témoigner que si misérablement la grati-
tude que je lui dois pour la ferme affec-
tion et la largeur d'esprit dont il m'a inlas-
sablement entouré.*

A ma MERE

*ce trop faible remerciement pour ses soins
toujours vigilants et toute sa bonne solli-
citude.*

A mon Oncle HENRI

en témoignage de ma sincère affection.

A tous les Miens.

A Mademoiselle G. S.

A mon Maître, M. le Professeur GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et à l'enseignement duquel je dois une vision ordonnée, méthodique et minutieuse de la dermato-vénéréologie.

Témoignage de gratitude, de respectueux attachement et d'entier dévouement.

A mon Maître, M. le docteur LOUSTE, Médecin de
l'hôpital Saint-Louis,

*à qui, spécialiste, je devrai de ne jamais
renier la médecine générale.*

A mon Maître, M. le docteur VERNES, Directeur de
l'Institut Prophylactique,

*qui m'a donné pour le traitement de la
syphilis une doctrine et une espérance.*

Faible témoignage de mon admiration
et de ma reconnaissance.

A M. le docteur G. ICHOK, Professeur à l'Ecole des
Hautes Etudes Sociales.

*qui a mis à ma disposition les ressources de
ses services d'hygiène sociale au dispensaire
de Clichy.*

Faible témoignage de ma gratitude.

A M. le docteur M. LEGER, ancien Directeur de
l'Institut Pasteur de Dakar.

A M. le docteur MACHTOU, Médecin chef de la
Consultation à l'Institut Prophylactique, Méde-
cin de l'Hôpital Franco-Musulman,

*qui après m'avoir avec tant de bienveil-
lance instruit dans la méthode de Vernes,
ont bien voulu relire ce travail, reflet infi-
dèle de leurs conseils et de leur expérience.*

Faible témoignage de ma profonde
gratitude.

A MM. les docteurs R. COHEN, RAGU, J. VANIER,
Chefs de Clinique des Hôpitaux de Paris.

*De l'élève reconnaissant qu'ils ont instruit,
soutenu, guidé à l'hôpital Saint-Louis et au
dispensaire municipal de Clichy.*

Remerciements émus et affectueux.

A M. le docteur LHUERRE, Médecin chef de la Consultation à l'Institut Prophylactique.

A M^{lle} le docteur M. JACQUELIN

A M^{me} le docteur GOUDE-ALEXOS

A MM. les docteurs ACHERAY, TALOT, DELAVENNE, BOMPARDT, Médecins de l'Institut Prophylactique

*qui ont accueilli et dirigé mes premiers pas
dans l'application de la méthode de Vernes.*

Reconnaissance et gratitude.

A M. le docteur DESTOUCHES

en toute amitié.

A L.-F. CELINE, *en toute admiration.*

A MM. les docteurs W. GOZLAN, A. MEDIONI
A. PECKER, Médecins de l'Institut Prophylac-
tique au dispensaire de Clichy,

*mes premiers guides dans la pratique mé-
dicale, en témoignage de fidèle et bonne
amitié.*

A tous mes Maîtres du Cours Complémentaire de
Saint-Louis :

MM. CHEVALLIER et SEZARY;

MM. les docteurs MILIAN, RAVAUT, TOURAINE.

INTRODUCTION

Nous « aimons » la vérole;
au figuré s'entend, elle nous intéresse :
elle est grave, très grave pour l'individu, néfaste
pour la race lorsque son évolution n'est pas jugulée;
son polymorphisme en rend le diagnostic difficile,
donc attirant;

la multiplicité, l'ubiquité de ses lésions gardent
d'une spécialisation trop rapetissante;

des difficultés matérielles, morales et sociales se
rencontrent à chaque pas dans une lutte où le médecin
n'a que sa volonté pour imposer sa collaboration
au malade indocile;

l'arsenal thérapeutique dont nous disposons contre
elle est puissant, varié, délicat à manier; il nous permet
par ses résultats de redresser un peu la nature
immorale et les dieux par trop fous :

des résultats? oui, certes, nous en obtenons :
maladies, misères, mutilations, folies évitées; et l'enfant
sain, « notre » enfant, remplaçant la fausse
couche;

résultats trop fragmentaires en vérité, parce que
sans cesse battus en brèche par l'apparition de nouvelles
syphilis qui n'ont souvent, disons même le plus

souvent pour l'honneur de l'espèce humaine, puisé leur virus qu'à des sources inconnues ou méconnues, qui sont filles en deux mots des syphilis ignorées qu'il importe donc de dépister, puis de traiter.

Nous nous occuperons, dans les pages qui vont suivre, du dépistage de la syphilis ignorée.

Nous aimons le dispensaire :

A la condition de réserver ses soins aux malheureux d'une part, aux grandes endémies d'autre part, dont il faut, dans l'intérêt commun, tarir les réservoirs de virus, il met à la portée immédiate du malade des soins au moins égaux en qualité à ceux de l'hôpital dont il évite la cohue anonyme et navrante et cette sorte d'abaissement moral dont le christianisme faisait la rançon de sa « charité »; au médecin, il assure l'indépendance dans la prescription du traitement et une fréquentation confraternelle qui multiplie son expérience personnelle par celle de ses collègues :

Ce travail s'attachera au dépistage de la syphilis ignorée au dispensaire.

Nous aimons la méthode de Vernes, la Syphilimétrie :

intellectuellement, il nous paraît aussi normal de doser un flocculat syphilitique que d'évaluer une glycémie et de faire à ce dosage correspondre une cer-

taine densité de traitement, tout comme on règle l'insulino-thérapie : ce qui ne veut pas dire que nous ayons, à son stade actuel de développement, la prétention de considérer la médecine comme une science; mais nous y tendons et « si nous pouvons mesurer ce dont nous parlons et l'exprimer par un nombre, nous savons quelque chose de notre sujet; sinon nos connaissances sont d'une pauvre espèce et bien peu satisfaisantes; ce peut être là un commencement, mais nous sommes à peine dans nos pensées, avancés vers la connaissance, dans quelque domaine que ce soit ». (Lord Kelvin.)

matériellement, nous avons été séduits par la méthode, la clarté, la simplicité, la sécurité, la rapidité, les résultats enfin de cette conduite de traitement.

Nous étudierons donc le dépistage de la syphilis ignorée, au dispensaire, par la méthode de Vernes.

*
**

Pour rester dans les limites typographiques d'une thèse nous nous en tiendrons en principe à la syphilis acquise. D'ailleurs, notre travail de documentation a porté sur les dossiers de l'Institut Prophylactique, lesquels ne concernent guère que des adultes, et nous eussions été mal armés pour tenter l'étude de l'hérédosyphilis sans l'aborder au moins dans les services d'accouchement et de médecine infantile.

Nous croirions manquer à la plus élémentaire reconnaissance en ne remerciant pas M. le professeur Gougerot, qui a bien voulu présider notre jury de thèse et à qui, ainsi qu'à M. le docteur Louste, nous sommes redevables de notre éducation dermatologique tout entière et des premiers principes — les plus indispensables — de notre savoir en syphilis. Nous nous permettrons d'associer à leurs noms, dans cet hommage à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, leurs assistants et chefs de clinique, MM. les docteurs Burnier, Lévy-Frankel, Thibault, R. Cohen et Ragu qui n'ont cessé de nous témoigner leur intérêt au cours de nos études.

Enfin notre reconnaissance, incapable de choisir parmi tant de médecins et de collaborateurs éminents, qui nous ont largement et aimablement ouvert les portes de l'Institut Prophylactique, ceux qui ont le plus utilement mis à notre disposition leur savoir et leurs dossiers, ne saurait certes plus sûrement être d'accord avec leur sentiment intime qu'en les intégrant dans une même gratitude à la personne du Maître, de l'Animateur, du Patron, de M. le docteur Arthur Vernes.



PREMIERE PARTIE

LA SYPHILIS IGNOREE

Au seuil de cette étude se pose une question préjudicielle : qu'est-ce que la syphilis ignorée et quel est son domaine?

« Le terme de syphilis ignorée s'applique à celle qui est inconnue du malade et qui reste habituellement inconnue du médecin durant de longues années. A vrai dire, un homme atteint d'un chancre, une femme atteinte de roséole et qui n'a pas vu l'accident primitif, quand ils entrent dans le cabinet du médecin ont encore une syphilis ignorée. Donnons au terme un sens précis, limitons-le d'une manière arbitraire et appliquons-le seulement aux cas où l'infection de date déjà ancienne, remontant au moins à 4 ou 5 ans, est reconnue par le médecin à l'occasion d'accidents cutanés, nerveux, viscéraux quelconques¹. »

1. Leredde. *Nouvelles études sur la syphilis*, p. 72. Paris, 1921, chez Maloine.

Un peu d'histoire de la médecine nous éclairera sur la question.

Il nous apparaît ainsi que la syphilis est une maladie éminemment plastique dont l'évolution a subi en quatre siècles des modifications qui ont changé complètement son tableau clinique.

Durant une première période (1494 — première moitié du xvi^e siècle), — des manifestations cutanées exubérantes, des mutilations², la violence de la céphalée et des douleurs ostéocopes signent la « gorre » d'une touche de gravité telle et si impressionnante que son diagnostic est d'évidence pour les auteurs contemporains de François I^{er} : elle est d'ailleurs, à cette époque, souvent rapidement mortelle.

Mais en quelques années, le mal tour à tour « français », « espagnol », « vénitien », subit un commencement d'atténuation. L'on note des périodes de latence et d'atténuation³ et, les accidents initiaux toujours florides permettant de remonter à la cause, l'on peut constater l'atteinte viscérale⁴ et héréditaire⁵.

2. Alex. Benedetto, *Veronensis physici historiae corporis humani*, 1502, Bib. Fac. Paris, n° 52.761. « J'ai vu des malades qui avaient perdu les yeux, les mains, le nez, le pied et les autres parties du corps. »

3. Fernel. *De contagiosis morbis*, 1548. « L'aspect de la peau ne permet pas de juger si un sujet est infecté, et presque toujours dans le cas de mal vénérien invétéré, le ferment est dissimulé, caché. »

4. J. de Bethencourt. « Nouveau Carême de Pénitence et Purgatoire d'expiation », Rouen, 1527. Traduit par A. Fournier, Paris, 1871, chez Masson. « Le cerveau est le plus éprouvé, le foie devient squirrheux... »

5. *Ibid.* « Ce mal peut être héréditaire. Des parents sains engendrent des enfants sains, et des parents malades ne donnent naissance qu'à des enfants malades. »

Durant une seconde période (seconde moitié du xvi^e siècle, fin du xviii^e), des cliniciens admirables agrandissant le cadre nosologique de la vérole, y font entrer la keratite, l'épilepsie, l'hémiplégie, la paraplégie, la paralysie des nerfs optiques ou « goutte sereine », l'asthme, les palpitations, notent les exostoses, les caries, les gommès de la table interne, la prédisposition au cancer du sein et de l'utérus, la fréquence des fausses couches, tracent les premiers tableaux de la syphilis héréditaire⁶; d'autres voient l'aortite⁷, la « phtisie vénérienne⁸ »; tous sont frappés par l'existence de longues périodes de latence⁹ parfois dès le début de la maladie¹⁰. C'est qu'aussi bien la syphilis s'est profondément atténuée, au point qu'Astruc¹¹ peut défendre l'hypothèse de la « vérole latente » ou « larvée », sans pourtant aller comme

6. Astruc, 1736. « Les enfants naissent avec un érysipèle universel, exténués, à demi pourris, couverts d'ulcères. » Plus tard, ils sont « écrouelleux, rachitiques, bossus, éthiques, maigres. »

7. Morgagni. 1761. *De sedibus et causis morborum per anatomen indagadis*. « L'aorte se vicie et se dilate en un anévrisme. »

8. Tode, 1774, guérit une phtisique par le sublimé, à la suite d'une erreur thérapeutique.

9. Baglivi, 1804. « Le poison vénérien ne peut jamais être éliminé de l'organisme. Tôt ou tard, à l'occasion d'une maladie, le virus se réveille. »

10. P. Fabre. « Essai sur les maladies vénériennes », 1748. « Quelquefois ce virus se communique sans produire aucun effet sensible, d'autres fois, après avoir produit au commencement quelque accident primitif, il reste dans le corps 10, 20, 30 ans et plus dans un état caché et sans paraître altérer la santé en aucune manière. »

11. Astruc, 1735-1777. « Le virus vérolique et les autres de cette espèce, pendant qu'ils ne se font point sentir, demeurent renfermés comme dans des loges qui se trouvent parmi les parties sulfureuses du sang ou bien sont cachés dans les recoins de certaines glandes où ils sont à couvert et d'où ils sortent à l'occasion comme d'une espèce d'embuscade. »

jadis Deidier¹², jusqu'à entrevoir, en une admirable anticipation, la théorie parasitaire.

Il nous semble bien que l'on peut faire remonter à cette époque et à cette suite d'études la notion de syphilis ignorée telle ou à peu près que nous l'entendons aujourd'hui cliniquement : elle est alors, le point de départ de l'infection étant encore connu dans la plupart des cas, le fruit d'études symptomatiques et de constatations anatomiques bientôt assez manifestes tardives à point de départ inconnu, le traitement d'épreuve¹³, lequel à son tour viendra, par ses bons effets, étayer l'étiologie syphilitique de quelques affections.

L'intégration au domaine de la syphilis d'autres affections se poursuit durant la troisième période, le XIX^e siècle : ulcérations de l'estomac¹⁴, rétrécissement

12. Deider. *Diss. de morbis venereis*, Montpellier, 1723. « Je crois que le virus vénérien n'est autre chose que de petits vers qui produisent des œufs en s'accouplant et qui peuvent aisément se multiplier comme font les insectes. Ces vers vénériens étant supposés, on explique toutes les maladies vénériennes beaucoup plus facilement qu'en suivant toute autre hypothèse. »

13. P. Fabre, 1748 (déjà cité). « Quoique les symptômes de la vérole paraissent légers ou même équivoques, il y a des cas où l'on ne doit point hésiter de condamner les malades à passer par les remèdes. »

Nil Rosen de Rosenstein « *Traité des maladies des enfants*, 1764. » « Lorsqu'on a tout essayé pour découvrir le traitement d'une maladie de long cours, on parvient à s'éclaircir en recourant au mercure. S'il soulage, on peut croire que le virus vénérien y joue au moins son rôle. »

14. Cruveiller. « *Revue médicale* », Paris, 1838.

de l'œsophage¹⁵, hépatites¹⁶, artérite cérébrale et maladies de l'appareil circulatoire¹⁷, épilepsie et névrites craniennes¹⁸. Bayle¹⁹ vient d'isoler la démence paralytique et de la rapporter à l'aracnitis chronique. Duchenne de Boulogne²⁰ a décrit l'ataxie locomotrice.

A. Fournier, en trente années d'écrasant labeur, s'appuyant sur des milliers de dossiers, va réfuter l'opinion de Lassègue pour qui la syphilis nerveuse est une manifestation « rare et indécise » et démontrer l'origine syphilitique du tabes²¹, malgré Charcot et Lancereaux, et de la paralysie générale progressive²², malgré Jeffroy et Lancereaux.

15. Follin. « Les rétrécissements de l'œsophage », Paris, 1853.

16. Dittrich, 1849, « syphilis hépatique ».

17. Lancereaux. « Leçons sur la syphilis, à l'hôpital Lourcine », recueillies par Ch. Remy, Paris, 1876.

18. Jackson. « *The syphilitic affections of the nervous system* ». Journ. Ment. Sc. Londres, 1875.

19. Bayle. « Nouvelle doctrine sur les maladies mentales », Paris, 1825.

20. Duchenne. « De l'ataxie locomotrice progressive », Arch. génér. de Médecine. Paris. Vol. II, p. 651, 1858. Vol. I, p. 36, 138, 417, 1859.

21. A. Fournier : « De l'ataxie locomotrice syphilitique », Masson, 1876. — « De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique », Masson, 1882. — « Etiologie du tabes, d'après un millier d'observations », Bull. médic., 1901.

22. A. Fournier : « La pseudo P. G. syphilitique », Bull. médical, 1878-1893, communic. Acad. Médec., 1894. — « P. G. et syphilis », communic. à l'Acad. de Médec., par A. Fournier et F. Raymond, 1905.

Entre temps, l'hérédo-syphilis²³ était étudiée dans des manifestations de moins en moins virulentes de plus en plus lointaines et l'anatomie pathologique²⁴ venait de naître, qui apportait à la clinique un premier moyen pour étendre et contrôler le démembrement au profit de la syphilis d'autres affections.

Il allait appartenir au xx^e siècle de vérifier, justement au laboratoire, la majeure partie des acquisitions des siècles antérieurs, « désormais, le syphiliographe ne se bornera plus comme autrefois à étudier les lésions visibles et tangibles. Il interroge tous les organes en vue de dépister les localisations silencieuses et latentes²⁵ ».

C'est qu'en effet, Schaudinn et Hoffman²⁶ ont découvert, en 1905, l'agent spécifique de la syphilis : le *Treponema pallidum*, bientôt couramment constaté

23. Hutchinson, 1863. Traduc. avec préface de A. Fournier. « Etudes sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à l'hérédo-syphilis ». Paris, 1884, chez Delahaye.

Parrot, « Maladies des enfants : l'hérédo-syphilis et le rachitisme », 1886, chez Masson.

Diaz. « Le poids du Placenta syphilitique. » Thèse du S. Pinard, Paris, 1892.

Ed. Fournier. « Stigmates de l'hérédo-syphilis. » Paris, 1898. Chez Rueff.

24. Virchow. « La syphilis constitutionnelle. » Trad. par Picard, Paris, 1860.

25. Jeanselme. « Traité de la syphilis. » Tome I, page 9. Paris, 1932, chez Doin.

26. F. Schaudinn et E. Hoffmann. « Arbeit. a. d. Kais. Gesundheitssamte », XII, h. 2, p. 527, du 23/4/05. — « Deutsch. méd. Woch », n° 18, p. 170 du 4/5/05. — « Berlin. Klin. Woch », n° 22 du 7/5/05.

à l'ultramicroscope²⁷, non seulement dans la sérosité du chancre, mais même dans les organes les plus divers²⁸. Ce tréponème, on le cultive²⁹, on l'agglutine³⁰, on le voue à l'intradermoréaction³¹, l'on poursuit la révision de toutes nos notions étiologiques, à la pâleur de sa signature et l'on répute spécifique les lésions qu'il a généralement honoré d'elle : la syphilis ignorée y trouve la justification absolue, scientifique, de l'extension qu'elle a prise depuis un siècle dans le cadre de la nosologie.

Mais si c'est là la méthode la plus rigoureuse, la plus satisfaisante pour l'esprit, il faut convenir qu'elle est d'application limitée. Heureusement, s'appuyant sur le phénomène de Bordet-Gengou, Wassermann, Neisser et Bruck³² trouvent en 1906 la réaction dite de Wassermann qui va devenir, aux mains du clinicien, l'âme essentielle du dépistage pratique de l'infection sanguine virulente ou non, en ses repaires les plus ignorés.

27. Landsteiner et Mucha. « Wien. Klin. Woch. » 1906.

28. Capsules surrénales (Jacquet et Sezary), aorte (Reuter), foie, ganglions, rate (Schaudinn et Hoffmann), sang (Nattan Larier et Bergeron), cerveau (Noguchi, Moore et Levaditi, A. Marie, Marinesco et Minéa).

29. Scherechewski, 1909. — Noguchi, 1911.

30. Jeanselme et Touraine. « Action du sérum humain sur la tréponème pâle. Essai de sero-agglutination de la syphilis. » Le journal Français, 1911. — Touraine. « Les anti-corps syphilitiques; essai de sero-agglutination de la syphilis ». Thèse de Paris, 1912.

31. Syphiline (Nicolas et Favre, 1910), luétine (Noguchi, 1911).

32. Wasserman, Neisser et Bruck. « Deutch. Médin. Woch. » Vol. 39, n° 19, n° 745.

Dans le même temps, d'ailleurs, elle est appliquée au dépistage de la syphilis nerveuse³³ par l'examen du liquide céphalo-rachidien, dans lequel déjà hyperalbuminose, et hyperleucocytose spécifiques ont été mis en évidence³⁴.

Désormais nous savons dépister la syphilis dans ses manifestations les plus éloignées ou les plus latentes : les techniques de laboratoires vont se multiplier, se perfectionner; la géniale découverte de Wassermann sera reconnue fausse dans son substratum théorique; elle cessera de nous apparaître comme une réaction de déviation du complément pour prendre rang parmi les réactions de floculation, elles-mêmes nombreuses. De telle sorte que l'on pourra présenter à la seconde conférence de laboratoire de Copenhague sur la sérologie de la syphilis en 1929, seize procédés dont 8 pour lesquels les non-spécificités n'ont pas dépassé la limite adoptée de 0,5 %³⁵.

Le principe du diagnostic au laboratoire des accidents éloignés et atypiques, des silences cliniques

33. Wasserman, Plaut, A. Marie — Levaditi, Schultze et Morgenroth, 1907.

34. Milian, Crouzon, Paris, 1900. Widal, Sicard et Ravaud. Voir p. 172.

35. Rap. du Prof. Sachs « Klinische Wochenschrift 10/12/29. Ces réactions sont : la R. de Wassermann, exécutée par Harrison et Wyler, la R. de Wassermann exécutée par Sierakowski, le R. de Muller, le R. de Kahn, exécutée par Kahn, la R. de Murata, la R. de Sachs-Georgi, la R. de Sachs-Witebski, la R. de Vernes. Voir article de P. Uffoltz, t. II, n° 2, p. 203 des Arch. de l'Institut Prophylactique, 1930. Masson.

même est, à l'heure actuelle, universellement admis de telle sorte que ce long historique nous permettra de réviser la définition de syphilis ignorée que nous donnions tout à l'heure.

Pour nous, la syphilis ignorée est celle qui, inconnue du malade, par suite de l'inattention de celui-ci ou même de l'insidiosité première de celle-là, ne peut être que soupçonnée par le médecin sur le vu d'accidents atypiques ou de commémoratifs douteux, ou même par principe, et dont le dépistage doit, pour un diagnostic ferme, s'appuyer sur des constatations sérologiques objectives.

Nous faisons ainsi disparaître de la formule liminaire la notion d'âge de la syphilis : il nous semble, en effet, qu'une syphilis dont le recoupement des faits pourrait ultérieurement situer l'accident initial tout à proximité dans le temps, mais qui aurait été si parfaitement silencieuse en son évolution que sa découverte ne soit le fruit que d'un « accident de laboratoire », est absolument à sa place dans le cadre de la syphilis ignorée.

Il nous semble par contre abusif d'y maintenir le tabes par exemple, du moins le tabes classique polysymptomatique, ou tout autre accident tardif bien individualisé objectivement et étiologiquement, qui sont certes l'aboutissement d'une syphilis ignorée, mais dont la constatation à ce stade et la nature spécifique actuellement hors de tout conteste, s'imposent au médecin le moins spécialisé.

Par respect pour nos Anciens, nous n'avons pas

voulu, dans la suite de notre travail, renoncer à faire mention des syphilis âgées qui nous arrivaient jusqu'alors indigestes, mais hurlant la vérole — et que nous cataloguerions bien plutôt « syphilis méconnues »; — mais nous avons fait aussi figurer les jeunes syphilis latentes.

Nous notons que notre définition, qui mieux que tout autre met d'accord la terminologie et les faits, a de plus cet avantage de souligner le rôle capital du laboratoire dans le dépistage; enfin, en restituant à la syphilis ignorée nombre de syphilitiques jeunes, d'insister implicitement sur le haut intérêt de son dépistage : le tabétique est un agent contaminateur inconstant³⁶ et de par son âge habituel, ordinairement... discret; peut-on en dire autant de l'adulte, en pleine efflorescence de sa vie génitale?

C'est qu'en effet la défense sociale constitue une grosse part de l'intérêt qui s'attache au dépistage de la syphilis ignorée. Voici bien longtemps³⁷ que l'on a vu dans l'abstention de contact avec un malade la première règle de prophylaxie individuelle : Observée au temps de la vérole explosible par des malades

36. Pitres. « Le mariage des tabétiques. » 1^{er} Congrès belge de neurologie. Liège, 1905. Sur 24 tabétiques mariés, 9 sont restés sans descendance, et 15 ont donné naissance à des enfants dont 28 sont vivants et ne présentent pas de tare de dégénérescence.

37. Widman, 1497. « *Summopere tamen conendum ne coïtus fiat cum muliera pustulata propter evitare contagionis periculum.* »

repoussants et moribonds que fuyaient les gens indemnes tout apeurés; observée encore de notre temps, nous voulons le croire, par tous ceux qui se savent contagieux, comment le pourrait-elle être par les autres?

Nous ne pouvons moins faire que de citer au moins quelques chiffres qui extérioriseront le danger :

Fournier, d'après ses statistiques personnelles, pensait que : 3 % des syphilis chez l'homme, 17 % des syphilis chez la femme, sont des syphilis ignorées.

Mais, ainsi que le fait remarquer Leredde³⁸, Fournier ne pouvait travailler ainsi que sur des chiffres viciés à leur base par sa réputation de syphiligraphe, laquelle attirait les malades chez qui, justement, ce diagnostic avait été porté, nous ajouterons même, et pouvait, jusqu'à un certain point, éloigner les autres.

Nous retiendrons plutôt les statistiques qu'une prospection plus large et moins spécialisée a fourni à :

Vianney³⁹ à Lyon, en 1918 : 15 à 20 % des syphilis chez l'homme, 52 % des syphilis chez la femme, sont des syphilis ignorées.

Et Leredde, à Paris, en 1921 : 20 % chez l'homme, 40 % chez la femme.

38. Leredde « Nouvelles études sur la syphilis », p. 70. Paris, 1921, chez Maloine.

39. Vianney. « Annales de dermatologie et de syphiligraphie ». Paris, 1919.

(Nous verrons plus loin que nos propres chiffres diffèrent de ceux de M. Leredde.)

Or, d'après la « Commission de Prophylaxie des Maladies Vénériennes » du Ministère de l'Hygiène (1928), la syphilis atteindrait 10 % de la population globale, c'est-à-dire que, en supposant la syphilis également répartie dans les deux sexes, *sur 100 humains il y a*, indépendamment de 4 hommes et 3 femmes qui se savent syphilitiques, *1 homme et 2 femmes qui sont la proie de la syphilis ignorée*⁴⁰.

Et nous devons noter que cette syphilis ignorée, qui représente un énorme « péril vénérien », est plus dramatique peut-être encore si l'on veut bien la con-

40. Ceci pour l'ensemble du territoire. Mais il est bien évident que ces chiffres sont infiniment trop faibles pour Paris et les grandes villes.

En prenant pour bases d'appréciation les statistiques de Blashko, à Berlin (IV International. Kongress für Versicherungs Medizin zu Berlin 15/10/06) dans lesquelles 30 % des syphilitiques meurent de syphilis, et où la mortalité par syphilis représente 6 % de la mortalité totale.

On voit que la syphilis frapperait 20 % des habitants d'une grande ville et que sur 100 d'entre eux la syphilis ignorée mourrait, devrait, être dépistée chez 2 hommes et 4 femmes.

Citons encore quelques chiffres du Ministère de l'Hygiène Français :

La syphilis tue chaque année 140.000 Français: 40.000 avortements, 20000 morts-nés entre le sixième mois V. I. U. et le 3^e jour après la naissance, 80.000 décès.

La Paralyse Générale peuple 1/4 des asiles.

La syphilis amène dans les hôpitaux non spécialisés 40 % de leurs malades chroniques.

La syphilis coûte « en gros » 50 milliards par an.

Ces chiffres affèrent évidemment pour la plus grande partie à la syphilis ignorée. — Mais en réduisant même son domaine aux pourcentages plus haut établis, l'on peut voir qu'il mérite encore une sérieuse prospection.

sidérer comme étant probablement la source la plus importante des « syphilis imméritées ».

Nous soulignerons d'ailleurs que la menace a enfin été comprise des Pouvoirs Publics et que, sans attendre l'atténuation infectieuse totale, dont M. le professeur Nicolle⁴¹ parle en grand poète, la Direction de Prophylaxie Antivénérienne et son chef éminent M. le D^r A. Cavaillon, ont réussi, à coup de science, d'activité, d'argent, à donner au Ministère de l'Hygiène la place qui lui revenait dans la lutte : la première.

Durel⁴² vient de poser la question de l'existence d'une forme de syphilis particulièrement larvée et indienne, mais sans doute aussi contagieuse que l'autre : celle du saprophytisme vrai du tréponème : puisse-t-elle, si elle existe, ne pas venir saper les résultats déjà acquis.

Nous venons de voir l'intérêt individuel et social du diagnostic de la syphilis et nous avons établi auparavant comment tout l'effort historique de la médecine avait finalement abouti à mettre en évidence la nécessité de s'en remettre au laboratoire pour le

41. Ch. Nicolle. « Naissance, vie et mort des maladies infectieuses », Paris, 1933, chez Alcan.

42. Durel. « Les porteurs de germe en vénérologie. » Thèse de Paris, 1932. Edit. Science et Thérapeutique.

dépistage de la syphilis ignorée, qu'elle fut méconnue, atténuée ou latente.

Est-ce à dire que toute étude clinique soit vaine désormais? Evidemment non :

Nous devons savoir provoquer au besoin le redressement d'une erreur de laboratoire évidente qui reste possible malgré toutes les précautions, puisqu'aussi bien il est, ce laboratoire, contrôlé par des humains faillibles; nous devons savoir, à point nommé (— toujours — et seulement pour éviter perte de temps et souffrance au malade, frais et encombrement au dispensaire et au laboratoire), multiplier des examens qui ne prennent souvent, nous le verrons, toute leur signification que dans leur valeur relative, plus que dans la valeur absolue de l'un d'entre eux; nous devons enfin savoir diriger l'interrogatoire et interpréter l'anamnèse.

De telle sorte que l'étude clinique de la syphilis ignorée, c'est avant tout celle de la syphilis (ajoutons si l'on veut : et particulièrement de ses formes atténuées) et de la para-syphilis que nous n'avons pas la prétention d'entreprendre ici et qui, d'ailleurs, ne pourrait être sous notre plume que le pâle reflet de l'enseignement de nos maîtres de l'hôpital Saint-Louis.

C'est aussi celle des stigmates de la syphilis : M. Milian⁴³ insiste particulièrement sur :

— Les reliquats du chancre : tache pigmentaire, induration, « *erythema irritans* » intermittent.

— Les adénopathies à distance et particulièrement opitrochléenne et cervicale postérieure (le vieux « poulx de la vérole » de Fournier).

— Les lésions unguéales : érosion ponctuée, érosion transversale.

— La leucoplasie et les ragades linguales.

— Les fausses couches et les signes de l'hérédosyphilis dans les descendance.

— L'hypertension, l'aortite, l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll, les troubles urinaires, l'impuissance.

Nous reproduisons la liste des principaux types morbides sous lesquels la syphilis peut se dissimuler, d'après M. le professeur Jeanselme⁴⁴.

43. Milian : « Revue française de dermatologie et de syphiligraphie », 1926, p. 611. — Milian : « Revue française de dermatologie et de syphiligraphie », 1927, p. 3.

44. Jeanselme. « La syphilis, son aspect pathologique et social », p. 204. Paris, 1925, chez Gauthier-Villars. — Nous avons cru devoir ajouter à la suite ce qui se rapporte à la syphilis héréditaire, d'une part parce qu'en pratique on se trouve souvent en face de malades qui sont syphilitiques sans qu'il soit facile de déceler s'il s'agit de syphilis acquise ou de l'hérédosyphilis, et d'autre part parce que l'examen des enfants sera souvent le point de départ du diagnostic chez les parents.

A. FORMES LARVÉES DE LA SYPHILIS ACQUISE

Cœur et vaisseaux. — Aortites, anévrismes, péricardites, angine de poitrine, artérite cérébrale, artérite des membres et gangrène des extrémités d'origine artérielle, asphyxie locale des extrémités : type Maurice Raynaud, artériosclérose, phlébite, pouls lent permanent.

Appareil respiratoire. — Syphilis pulmonaire, pleurésie, médiastinite.

Tube digestif. — Ulcère de l'estomac et du duodénum, hématomèse sans cause connue, lésion spécifique, sténose de l'œsophage, du pylore, de l'intestin, sténose médio-gastrique : estomac biloculaire, diverses formes d'entérite simulant le cancer, syphilome anorectal.

Foie. — Cirrhose atrophique vulgaire : type Laennec, cirrhose hypertrophique : type Hanot-Gilbert, cirrhose hypertrophique biliaire : type Hanot, ictères hémolytiques et biliphéiques.

Pancréas. — Pancréatites et diabète sucré.

Reins. — Néphrite avec albuminurie massive syphilitique secondaire, néphrite syphilitique tertiaire et urémie.

Appareil génital. — Aménorrhée, métrorrhagies.

Capsules surrénales. — Mal d'Addison.

Hypophyse. — Acromégalie, diabète insipide (?).

Thyroïde. — Goitre exophtalmique, myœdème

Système nerveux. — Méningites latentes et sublatentes, méningites simulant la méningite tuberculeuse ou cérébrospinale, épilepsie, hémorragies cérébrales et méningées, ramollissement cérébral, diabète insipide (lésion du noyau paraventriculaire du tubercineum), hématomyélie, tabes fruste, paralysie générale larvée, syndrome de Menière, psychoses d'origine spécifique, atrophie musculaire mycélopathique

B. FORMES LARVÉES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

PRÉCOCE OU TARDIVE

Appareil circulatoire. — Cardiopathies congénitales : maladie bleue, rétrécissement des orifices du cœur : pulmonaire, tricuspide, aortique, etc..., rétrécissement mitral pur, aplasie cardiaque et aortique, artériosclérose et hypertension artérielle infantile.

Appareil hématopoïétique. — Anémie pseudo-leucémique de Luzet et Von Jacks, anémie pernicieuse, érythémies, purpura, hémorragies diverses, adénopathies spécifiques simulant les localisations simi-

lares de la tuberculose, maladie de Hodgkin (?), leucémie lymphatique et myéloïde (?)

Appareil pulmonaire. — Bronchites à répétition, dilatation des bronches, emphysème (?), asthme (?)

Tube digestif. — Maladie des vomissements habituels des nouveau-nés, hématomèse et mélaena, entérite et diarrhée rebelle malgré une alimentation rationnelle.

Foie. — Ictère hémolytique congénital et familial.

Pancréas. — Pancréatite et diabète sucré individuel ou familial.

Reins. — Aplasie et méiopragies rénales, néphrites de l'enfance, hémoglobininurie paroxystique essentielle.

Appareil génital. — Microrchidie, monorchidie, ectopie testiculaire, hydrocèle congénitale, règles tardives, difficiles, absentes, aplasie des organes sexuels de la femme.

Glandes endocrines. — Syndromes d'insuffisance testiculaire, ovarienne hypophysaire, thyroïdienne : infantilisme, gigantisme, nanisme, myxœdème congénital, goitre exophtalmique familial.

Système nerveux. — Convulsions, méningites aiguës de l'enfance, hydrocéphalie, syndrome de Little, hémiplégie spasmodique infantile, athétose, chorée (?), mal comitial, arriération mentale, imbécillité, idiotie, perversion morale, tabes et P. G. juvénile,

atrophie musculaire myélopathique plus rarement myopathique.

Appareils sensoriels. — Chorio rétinite, cécité congénitale et malformations oculaires; surdité congénitale.

Squelette. — Rachitisme précoce, pseudo tumeurs blanches, rhumatisme déformant, syndrome de Paget (?)

Peau. — Prurigos et certains eczémas de la première enfance, pelade, vitiligo.

Troubles de la nutrition. — Athrepsie, débilité, vulnérabilité très grande à l'égard des infections de la première enfance : diphtérie, tuberculose, fièvres éruptives de la première enfance.

Malformations congénitales et monstruosité. — Bec de lièvre, pied bot, spina bifida, luxation congénitale de la hanche.

« Toutes les affections qui figurent dans cette liste » — a bien soin d'ajouter M. le professeur Jeanselme, en italique, — « peuvent être mais ne sont pas nécessairement et toujours de nature spécifique. »

Et nous tenons à résumer cette longue étude clinique par cette phrase de M. le professeur Gouge-

rot⁴⁵ : « Il faut avoir le courage d'avouer que les syndromes cliniques des affections syphilitiques ne diffèrent en rien de ceux des affections dues à d'autres causes... le plus souvent ce n'est pas à cause de tel ou tel symptôme que l'on fera le diagnostic de lésion viscérale syphilitique, mais en pensant systématiquement à la fréquence de l'étiologie syphilitique. »

Grâce à quoi la parole de Fournier⁴⁶, cessant d'être une boutade, prendra toute sa valeur : « le seul accouplement des mots syphilis ignorée paraît une insulte au bon sens ».



45. Gougerot « La syphilis en clientèle », p. 453, en note. Paris, 1927, chez Maloine.

46. E. Fournier « Traité de la syphilis », tome I, fasc. II. Paris, 1901, chez Rueff.

DEUXIEME PARTIE

LA METHODE DE VERNES APPLIQUEE AU DEPISTAGE

Nous venons d'étudier la « syphilis ignorée »; nous devrions, pour être strictement fidèles à notre titre et à notre plan, dire successivement quelques mots sur : le dispensaire, la méthode de Vernes, dans leurs rapports avec le dépistage de cette syphilis.

Nous croirons cependant nous rapprocher plus intimement de la réalité, nous mieux préparer à « vivre » effectivement les séances de travail aux dispensaires de l'Institut prophylactique, d'où est sortie la documentation qui fera l'objet de la troisième partie de cette thèse, en faisant de ces deux têtes de chapitre un tout indissoluble : la méthode de Vernes appliquée au dépistage¹.

1. M. Léger. « La règle des 8 mois et ses applications pratiques : dépistage de la syphilis. » Tome IV, n° 1, p. 21 des « Archives de l'Institut Prophylactique ». Paris, 1932, chez Masson.

Et nous serons ainsi amenés à passer en revue :

Les grands principes,

Le schéma théorique,

L'organisation pratique.

I. LES GRANDS PRINCIPES DU DÉPISTAGE

Deux grands principes, tout d'abord, devront, en effet, imbiber l'esprit du médecin, principes inséparables, dont la méconnaissance ou l'inobservance risquent, soit de stériliser partiellement son action, soit de la rendre dangereuse.

Premier principe. — Suspecter la syphilis jusqu'à preuve du contraire, tout humain qui se présente au dispensaire, mais...

Il nous semble, en effet, qu'en face d'une affection

aussi contagieuse,

aussi possiblement latente,

aussi polymorphe,

aussi répandue,

aussi grave,

aussi coûteuse²,

mais, par contre, aussi curable,

2. Voir les chiffres cités plus haut, p. 30.

le fait d'arrêter systématiquement sur la possibilité de sa présence, un regard soupçonneux est une nécessité absolue.

Que l'on ne nous accuse pas « d'insulter » le malade : la notion de « maladie honteuse » est fort heureusement en train de regagner la remise des préjugés, sans même s'y « rouler dans un linceul de pourpre » avec les dieux qui lui donnèrent naissance.

Que l'on ne nous accuse pas d'excitation malade, de spéculation hasardeuse, en face d'un danger aussi réel, et d'ailleurs reconnu comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail.

Que l'on prenne enfin en considération, en ce qui concerne précisément le dispensaire, que la Médecine Sociale n'est pas seulement une charité individuelle à l'égard de masses populaires qui fermentent, mais que les sacrifices, par elle imposés à tous, doivent avoir une contre-partie : assurer l'avenir de la race, restituer à l'économie les invalides en puissance, amoindrir les risques collectifs.

Ainsi donc, pour nous, la notion préconçue de la syphilis possible sera toujours présente à notre esprit — mais...

Second principe. — Mais, à la condition formelle, absolue, sine qua non, expresse, de ne tirer de cette suspicion aucune conclusion en acte ou en parole,

tant que la preuve n'aura pas été faite de l'infection, tant qu'elle n'aura pas été extériorisée de façon tangible, tant que, pour préciser notre pensée, l'on aura pas réussi « à mettre la syphilis dans un tube à essai ».

Ainsi, notre premier principe devient une hypothèse de travail. Nous nous permettrons de tirer de cette hypothèse des conséquences immédiates en vue de sa vérification, et seulement en cela. Nous nous croirons, certes, autorisés à imposer, à nos malades, assiduité et perte de temps, inquiétude durant des mois, examens répétés, et parfois douloureux; nous engagerons des dépenses sociales considérables pour nos recherches de laboratoire; nous irons, au besoin, jusqu'à engager une action thérapeutique diagnostique, limitée certes, mais non anodine : *jamais*, en aucun cas, nous ne dirons « syphilis », sans en avoir « la preuve en mains ».

Nous ne verrons plus, de la sorte, sur la foi d'un B. W. « positif douteux », et d'un seul, des milliers de malheureux écrasés, meurtris en eux-mêmes et dans leurs affections, par la révélation d'un diagnostic inconsideré, puis riviés à la chaîne infernale de la thérapeutique anti-syphilitique, voués, pour leur vie entière, trop souvent encore, aux médecins et aux médicaments, à la paresse intellectuelle des uns, au danger ou, du moins, à la toxicité des autres, et à cette sorte de castration de toute activité physique et morale que « la maladie » — lors même qu'elle

est « gentille » — représente pour les plus intéressants d'entre eux.

Nous parviendrons peut-être à démontrer la spécificité de manifestations cliniques, dont l'étiologie nous échappe encore; ou, au contraire, nous rayerons de nos esprits les relations causales que des noms vénérés avaient crû voir dans de simples coïncidences morbides.

« ... On en est venu à mettre au compte de la syphilis toutes sortes de petites anomalies, qu'on n'aurait jamais osé prendre pour signes de syphilis, s'il ne s'était pas agi de justifier des conclusions de laboratoires, elles-mêmes conjecturales. C'est ainsi qu'on vint à multiplier de prétendus symptômes de syphilis héréditaire, en oubliant que la syphilis héréditaire ne connaît pas les demi-mesures, que les hérédosyphilitiques qui arrivent à terme sont bien moins nombreux qu'on ne pense et sont si massivement infectés que les manifestations qui permettent le diagnostic, même quand elles peuvent, chez l'adulte, se dissimuler, n'ont que faire de cette symptomatologie, créée à coups de pointe d'aiguille — pourrait-on dire — en ces vingt dernières années³... »

A peine est-il besoin de noter que ce doute fécond et cette sévérité confiante dans le laboratoire, que nous exigeons du médecin chargé du dépistage de la

3 A. Vernes : « Pourquoi voit-on attribuer la syphilis à ceux qui ne l'ont pas. » — « Le siècle médical » du 1/3/34.

syphilis, cet état d'esprit qui ne fait de la spéculation syphilophile qu'une tendance vers la certitude et qu'un palier transitoire vers la connaissance, ne nous semblent devoir être l'apanage exclusif, ni du dispensaire, ni de la méthode de Vernes :

d'une part, nous croyons fermement qu'ils sont l'un des éléments d'une triple méfiance, d'un « pensez-y toujours », que notre vieux maître Gilbert nous recommandait d'avoir au chevet de tout malade : « Tuberculose, syphilis et cancer »;

et d'autre part, ils doivent représenter le *primum movens* de toute méthode, si classique fut-elle, de dépistage : étant bien entendu, ce sera une de nos conclusions, que, par la clarté de sa théorie, la précision de ses résultats, la multiplicité et la codification de sa mise en œuvre, la méthode de Vernes est de celles qui en permettent la plus large application pratique.

II. LE SCHÉMA THÉORIQUE DU DÉPISTAGE

« Il faut, suivant M. le D^r Vernes, s'adaptant aux circonstances, appliquer les procédés de démasquage, suivant trois degrés progressifs. »

A. PREMIER DEGRÉ

« *L'examen du sang*, qui constitue le moyen le plus simple de démasquer — pour ceux qui ne pré-

sentent aucun symptôme cutané ou neurologique de syphilis — l'immense majorité des syphilis ignorées. »

Entendons que « le travail de démasquage sérologique ne supprime pas l'investigation clinique. Chaque malade doit subir un examen médical soigné et les résultats de cet examen doivent être portés à son dossier » — « dossier complété, s'il y a lieu, par les observations du neurologiste, de l'oto-rhino-laryngologiste, de l'ophtalmologiste et du radiologiste⁴ ».

Nous comprenons, sous la rubrique « examen clinique », à la fois l'interrogatoire et l'examen :

1° *Interrogatoire*, qui poussera à fond, chez le malade, son conjoint, ses ascendants, ses descendants, la recherche des symptômes subjectifs, présents et passés, des accidents et des lésions disparues rattachables à la syphilis; — mais qui le fera avec un esprit critique et un discernement toujours en éveil :

« *syphiliticus mendax* ». (Nous y reviendrons ultérieurement, p. 138.)

2° *Examen complet* et précis, mené selon le plan imprimé sur les dossiers de l'Institut prophylactique et qui passera successivement en revue :

Peau, muqueuses, orifices, cavités (siège,

⁴ A. Vernes: « L'Organisation de la syphilimétrie. » — Fasc. II des « Travaux et Publications de l'Institut Prophylactique », p. 29. Paris, 1923, chez Maloine.

forme, dimensions, couleur, fond, bord, surface, consistance...).

Ganglions inguinaux, axillaires, cervicaux, occipitaux, épitrochléens...

Pupilles.

Réflexes : rotuliens, achilléens, médioplandaires, olectaniens, radiaux, sous-épineux, clonus, cutanés plandaires, crémastériens, abdominaux.

Troubles moteurs (marche, parole, coordination, équilibre).

Troubles sensitifs (sensibilité superficielle et profonde).

Troubles intellectuels.

Troubles génito-urinaires.

Reins.

Urines : sucre — albumine.

Poumons.

Essoufflement.

Cœur et Aorte.

Tension artérielle, Pouls.

Foie.

Rate.

Tube digestif.

Système endocrinien (ovaire, testicule, surrénale, hypophyse, thyroïde).

Il est à peine besoin de revenir sur ce fait que la mise en évidence, durant cet examen, de troubles nerveux ou mentaux, d'une baisse de l'audition ou de la vision, d'un clangor aortique, entraînera le renvoi immédiat du sujet devant un spécialiste, dont les constatations reviendront, pour interprétation, au médecin chargé du dépistage, en même temps qu'il recevra les résultats de l'examen du sang.

3° *La prise de sang*, complément immédiat et indispensable de l'interrogatoire et de l'examen est, en effet, pratiqué systématiquement, brutalement, nous oserons écrire : « bêtement », si l'on considère que sa prescription doit être un acte automatique, réflexe.

Elle permettra le dosage, selon des méthodes photométriques, simples et précises, mises au point par M. le D^r Vernes et ses collaborateurs, et au sujet desquels nous ne pouvons que citer la bibliographie essentielle, d'un certain nombre de constituants du sang : urée⁵, glucose⁶, acide urique⁷, cholestérine⁸.

5. A. Vernes, R. Bricq et F. Bazoche. Tome III, n° 4 des « Archives de l'Institut Prophylactique », p. 549. Paris, 1931, chez Masson.

6. A. Vernes, R. Bricq et F. Bazoche, *ibid.*, p. 555.

7. A. Vernes, R. Bricq et F. Bazoche, *ibid.*, p. 553.

8. A. Vernes, R. Bricq et F. Bazoche. Tome IV, n° 3 des « Archives de l'Institut prophylactique », p. 243, Paris, 1932, chez Masson.

Elle permettra également la mise en œuvre des réactions de Vernes, à la résorcine⁹ et à l'acétate de cuivre¹⁰, l'une « réaction d'alarme¹¹ », déjà généralement acceptée pour le dépistage, et plus encore la surveillance de l'infection tuberculeuse, l'autre, toujours à l'étude, mais, sans doute, appelée à généraliser, en le perfectionnant et en le simplifiant, le dépistage du cancer.

Ces réactions, ces dosages, assurent au médecin chargé du dépistage, une connaissance plus intime de ses malades. Ils aident, en outre, de leurs résultats, l'action de ses confrères du Dispensaire et de la Ville, très tentés de lui permettre, sous leur couvert, d'étendre au plus grand nombre de leurs propres malades, le champ de ses investigations.

Mais, surtout, la prise de sang assurera le moyen de procéder à la réaction de Vernes au péréthynol, qui déterminera « ce qui reste de syphilis active, même chez un syphilitique, apparemment sain » et

9. A. Vernes « Etudes sur la sérologie de la tuberculose ». Fasc. IV des « Travaux et Publications de l'Institut Prophylactique. » Paris, 1926, chez Maloine. — A. Vernes « Comment interpréter les résultats photométriques de la réaction à la résorcime. » Tome II, n° 3, des « Archives de l'Institut Prophylactique », Paris, 1930, chez Masson.

10. A. Vernes, R. Bricq, A. Gager et H. Chauchard. Tome I, n°1, p. 43, tome II, n° 2, p. 211, des « Archives de l'Institut Prophylactique », Paris 1929-1930, chez Masson.

11. M. Machtou « Confirmation des services rendus par la réaction à la résorcime ». Fasc. IV, n° 1, p. 56, des « Archives de l'Institut Prophylactique. » Paris, 1932, chez Masson.

« recherchera les moindres reflets de la syphilis agissante¹² ».

L'on pourra suivre, dans les fascicules I et II des « Travaux et publications de l'Institut Prophylactique » respectivement intitulés « les étapes de la syphilimétrie¹³ » et « l'Organisation de la syphilimétrie¹⁴ », le développement harmonieux d'une idée directrice qui commence par s'affranchir du phénomène de Bordet et Gengou, dans l'interprétation de la réaction de Wassermann, en affirmant que toute séro-réaction se résout en dernière analyse par la formation d'un précité, en vertu du phénomène de la floculation périodique. M. le D^r Vernes constate alors que « la syphilis augmente le pouvoir floculant du sérum » et que « ce sont les propriétés générales des suspensions fines — suspensions empiriquement employées dans la séro-réaction de la syphilis depuis l'extrait initial de foie syphilitique de Wassermann — qui doivent régler les opérations sérologiques de différenciations du sérum syphilitique ». Et cette même idée tendue vers la recherche d'un détecteur défini et stable, dont « la suspension colloïdale flocule avec le sérum syphilitique et ne flo-

12. A. Vernes. Thèse de Doctorat. « Les signes humoraux de la syphilis. Introduction à l'étude expérimentale du traitement de la syphilis. » Thèse de Paris, 1913.

13. Paris, 1922, chez Boll.

14. Paris, 1923, chez Maloine.

cule pas avec le sérum normal¹⁵ », trouve et règle l'emploi de l'extrait alcoolique de cœur de cheval desséché et épuisé dans le vide par le perchlorure d'éthylène (du péréthynol), procède au contrôle minutieux de tous les éléments d'une réaction (grosseur des grains de la suspension, proportion sérum-suspension, température de chauffage préalable du sérum, température du mélange sérum-suspension) objectivement étudiés en vue d'une sensibilité maxima par un décalage maximum entre syphilis et non syphilis, obtient enfin « une étroite corrélation entre un acte de floculation et un acte d'hémolyse, qui permet les réglages nécessaires pour le séro-diagnostic¹⁶ », grâce au pouvoir protecteur sur les hématies de mouton du flocculat au péréthynol, vis-à-vis du sérum de porc.

Dernier perfectionnement : « l'évaluation colorimétrique est remplacée par la mesure d'une grandeur pondérale¹⁷ », celle du précité formé, directement grâce au photomètre Vernes-Bricq-Yvon.

La réaction au péréthynol est née, dont on trou-

15. Note de M. A. Vernes, présentée par M. Roux, à l'Académie des Sciences, séance du 8-4-18, in comptes rendus, tome CLXVI, p. 575.

16. Note de M. A. Vernes, présentée par M. Roux, à l'Académie des Sciences, séance du 2-10-18, in comptes rendus, tome CLXVII, p. 383.

17. A. Vernes, in « Presse Médicale », du 3-12-31.

vera la technique, page 39, du fascicule I et page 17 du fascicule II, des « Travaux et publications de l'Institut Prophylactique » plus haut cités.

Comment l'applique-t-on au dépistage?

Le laboratoire envoie au médecin une réponse numérique :

Réaction au péréthynol : II^{Ph} (degré photométrique) = N $0 \leq N \leq 150$

Or, la réaction est réglée de telle sorte que l'immense majorité des sérums humains normaux donne au photomètre : $0 \leq N \leq 3$

Au-dessus de 3, c'est-à-dire pour toute la plage $4 \leq N \leq 150$, il y a syphilis — avec cette réserve concernant les petits chiffres²⁴ qu'il y a possibilité d'existence d'un sérum anormalement hyperflocculant mais non syphilitique qui « impose de faire en quelque sorte la preuve inverse, c'est-à-dire de démontrer que le sérum n'est pas syphilitique ».

Mais, en ce cas, les recherches de M. le D^r Vernes ont établi que « si l'on trace une courbe avec un sérum syphilitique provenant de prises de sang faites à diverses époques, cette courbe présente des hauts et des bas marqués et son tracé est tout à fait différent du plateau que donnerait un sérum normal exa-

24. D'après M. le D^r Chauchard cité par L. Brocq (in « est-il exact que la méthode sérologique de M. le D^r Vernes soit moins sensible que le Bordet-Wassermann », Paris, 1924, chez Masson).

miné dans les mêmes conditions¹⁸ », ce qui paraît normal d'ailleurs puisque l'on est en présence de la réaction éminemment variable d'un moment à l'autre (tout comme la fièvre par exemple « monte » et « descend ») d'un organisme à une infection, et dans l'autre d'une propriété essentielle du sérum.

Donc, pratiquement :

Si $4 \leq N \leq 150$, nous disons syphilis²⁵,

avec nécessité pour les petits chiffres de construire grâce à des prises de sang répétées tous les dix ou quinze jours par exemple, une « courbe de floculation », c'est-à-dire une courbe portant en abscisses les temps, en ordonnées les degrés photométriques, courbe dont les clochers confirment la syphilis,

et dont l'aspect en plateau traduira l'existence d'un sérum hyperfloculant non syphilitique.

Si $0 \leq N \leq 3$, nous disons sérum normal,

et nous éliminons la syphilis à moins qu'un indice clinique ou anamnestique nous maintienne sur cette piste, auquel cas :

18. A. Verpes, « Atlas de syphilimétrie, les conditions expérimentales de l'extinction de la syphilis », Paris, 1920, chez Alcan.

25. Seule la lèpre tuberculeuse peut parfois s'accompagner d'un indice anormal, mais elle ne va pas sans signe clinique et bactériologiques et montre toujours une hyperglobulinémie et un quotient albumineux inversé. (Communication par M. le Prof. Marchoux, à l'Acad. de Médec. d'un travail de MM. G. Lefrou et P. Bonnet, reproduite dans le « Siècle Médical » du 15-4-34.

B. SECOND DEGRÉ

« Le sang étant normal, la ponction lombaire est indispensable pour démasquer certaines syphilis, cantonnées dans le milieu méningé, mais elle démasque moins de syphilis ignorées que la P.S. systématiquement appliquée à tous ceux qui se présentent, parce que, si l'atteinte des méninges est fréquente, sans aucun signe neurologique, dans le cas de syphilis récente, confirmée par l'examen du sang, au contraire, un processus méningé chez des sujets, dont le sérum n'offre plus de trouble, est relativement rare en l'absence de toute modification des réflexes²⁰. »

L'on recherchera, ce qui est d'ailleurs classique, trois éléments dans ce liquide céphalo-rachidien²¹ :

— l'hyperleucocytose²² grâce à la cellule du Dr Vernes, heureux perfectionnement de la cellule de Nageotte. (Nous ne pouvons passer sous silence

Widal, Sicard et Ravaut : « Les albumines du L. C. R. au cours de certains processus méningés chroniques », in C. R. de la Société de Neurologie du 2 mai 1903.

20. A. Vernes, « l'Organisation de la syphilimétrie », p. 29. Fascicule II des « Travaux et publications de l'Institut Prophylactique », Paris, 1923, chez Maloine.

21. Pour la technique se reporter à A. Vernes. Fascic. I, des « Travaux et publications de l'Institut Prophylactique », p. 49, Paris 1922, chez Boll. Fascic. II, *id.*, p. 67, Paris, 1923, chez Maloine.

Widal Sicard et Ravaut : « Etude cytologique du L. C. R. chez les syphilitiques », compte rendu de la « Société médicale des Hôpitaux », du 18-1-1901.

P. Ravaut : « Etude cytologique du L. C. R. chez les syphilitiques », in « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », janvier 1903.

22. A. Vernes, E. Jeansselme, R. Bertrand et M. Bloch, « les lymphocytes du L. C. R. normal », compte rendu des séances de la « Société de Biologie », du 25-10-13, tome LXXV, p. 319.

l'admiration que nous éprouvons pour le cyto-prognostic que permet la coloration vitale de M. Ravaut, par le vert de méthyle de Pappenheim);

— l'hyperalbuminose²³ par le procédé de Vernes, à l'acide azotique, selon le principe de MM. Guillain et Parent, mais avec là encore adjonction d'une lecture sûre et rapide, grâce au photomètre;

— enfin, la réaction au péréthynol, techniquement différente mais basée en tous points sur les mêmes principes et dont les résultats sont passibles de la même interprétation que ceux de la réaction au péréthynol pour le sérum sanguin, ce qui nous dispense d'y revenir pour y insister.

Nous noterons pourtant que les chiffres de 0 gr. 20 d'albumine par litre, de deux éléments figurés par mm³, jusqu'ici admis comme représentant l'extrême limite du normal, au delà de laquelle commence le pathologique, viennent d'être remis en question par des travaux récents et peuvent, en ce qui concerne l'albuminose en particulier, sembler un peu faibles — d'autant qu' « une hyperalbuminose isolée peut persister comme résidu d'une syphilis éteinte ».

23. A. Vernes : « De la valeur pronostique et diagnostique du signe de l'hyperalbuminose isolée du L. C. R. », compte rendu des séances de la « Société de Biologie », du 21-2-14, tome LXXVI, p 280.

A. Vernes et M. Bloch : « Un signe rétrospectif de la syphilis : hyperalbuminose pure du L. C. R. sans leucocytose et sans Wassermann », *ibid.*, p. 281.

Widal, Sicard et Ravaut, « Les Albumines du L. C. R. au cours de certains processus méningés chroniques », in compte rendu de la « Société de Neurologie », du 2-4-03.

Quoi qu'il en soit, si la ponction lombaire est pathologique, la question est entendue, la syphilis est dépistée.

Mais elle apparaîtra parfois d'interprétation difficile et servira de terme de comparaison avec celle qui marquera la fin du « jalon arsenical », troisième et dernier degré du démasquage.

« 0 indique un sérum complètement normal.

« 1-2 indiquent un sérum normal mais déjà un peu suspect.

« 3-4; sur 100 sérums normaux il n'y en a que 2 qui donnent 3 et 4; sur 100 sérums pris au hasard donnant 3 et 4, on trouve approximativement 25 sérums syphilitiques et 75 sérums non syphilitiques.

« 5-6; sur 500 sérums normaux il n'y en a qu'un seul qui donne 5 ou 6; sur 100 sérums pris au hasard donnant 5 et 6, il y a approximativement 50 sérums syphilitiques et 50 sérums non syphilitiques.

« 7-11; sur 2.000 sérums normaux il n'y en a qu'un seul qui donne « 1.999 chances sur 2.000 d'être syphilitique » ou encore « qu'il faut y regarder à 1.999 fois avant d'exclure la syphilis devant tout sérum inconnu donnant par exemple le chiffre 8 ». (A. Vernes.)

« 12 à 18; sur 10.000 sérums normaux, il y en a moins de un qui donne 12 à 18, « c'est-à-dire qu'un sérum donnant un de ces chiffres a 9.999 chances sur 10.000 d'être syphilitique ».

C. TROISIÈME DEGRÉ

« *Prise de sang, ponction lombaire, application du jalon arsenical et contrôle des 8 mois : ensemble d'épreuves qui reste nécessaire pour prouver expérimentalement que le sujet n'est pas syphilitique, mais, qui pratiquement ne peut être appliqué, à cause des assujettissements qu'il entraîne, qu'aux sujets qui viennent consulter pour une syphilis antérieure, dans le cas, par conséquent, où la présomption de syphilis motive cet assujettissement, ce qui découle des renseignements apportés par le malade et de l'examen clinique*²⁶. »

C'est là, en somme, la mise au service du dépistage des critères de guérison de M. Vernes, selon ce raisonnement que, sauf cicatrice sérologique — (c'est toute la question des sérologies « résistantes » — encore celle-ci est-elle tout entière à revoir à la lumière des enseignements de M. le D^r Vernes, qui a prouvé par des tracés sérologiques « en hamac » qu'elles provenaient presque constamment de déficiences de traitement, en particulier de l'« usure » rapide de l'action médicamenteuse lors des longues « séries » très généralement encore employées) — un sujet

26. A. Vernes, « l'Organisation de la syphilimétrie », fasc. II, des « Travaux et publications de l'Institut prophylactique », p. 29, Paris, 1923, chez Maloine.

guéri réagit comme un sujet sain — et inversement. Car, la guérison n'est qu'un fait relatif, qu'un rapport intellectuellement et artificiellement établi par l'esprit entre le passé et le présent; mais les tests objectifs sur lesquels on s'appuie pour la proclamer, ne se préoccupent pas, eux, de l'état antérieur, mais seulement de l'intégrité actuelle.

Ces critères de guérison reposent sur ce fait clinique « que les arsénos, chaque fois qu'on les emploie chez un syphilitique, à doses trop faibles ou trop répétées, pour empêcher définitivement toute nouvelle augmentation du pouvoir flocculant, ont toujours, dans ce cas, une action provocatrice, c'est-à-dire qu'ils provoquent une augmentation de ce pouvoir, se traduisant par une élévation du tracé, dans les huit mois qui suivent la dernière injection²⁷ ».

On pourrait, en présence de fait, évoquer le phénomène d'Herxheimer et Kause, découvert par ceux-ci en 1902, pour le mercure, retrouvé par Gennerich à Berlin, et M. Milian, à Paris, pour l'arsenic, en 1909 et appliqué par ce dernier, sous le nom de « réactivation » au diagnostic de la syphilis; mais

27. Gennerich, « Berliner Klinische Wochenschrift », 1910, n° 38.

Milian, discussion à la « Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie », du 1-12-10 et « la réactivation biologique de la Réaction de B. W. », par P. Lefèvre (thèse du Service Milian). Thèse de Paris 1925.

A. Vernes, E. Jeanselme et M. Bloch, « du traitement insuffisamment prolongé de la syphilis par les préparations arsenicales et de leurs fâcheuses conséquences pour certains nerfs crâniens (Neuro-récidives et Neuro-signal) » in « Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 16-4-15.

A. Vernes, « Atlas de Syphilimétrie. Les conditions expérimentales ».

il importe de marquer au contraire toute la différence fondamentale qui sépare la « réactivation », laquelle vise à la reviviscence dans le sang du B. W. (ou de la triade : B. W., Desmoulières et Kahn), 5, 15 et 25 jours après la dernière injection de la « provocation de Vernes », qui vise à la surfloculance au péréthynol du sérum sanguin et du L.C.R., dans les huit mois qui suivent cette dernière injection.

Ceci dit, M. le D^r Vernes formule ainsi la règle des huit mois : « A partir d'un jalon constitué par trois injections au moins d'arsenic (c'est-à-dire d'un corps arsenical, dont la molécule ne présente pas de liaison directe oxygène-arsenic), le sang d'un sujet, dont le degré photométrique est zéro doit, s'il ne s'agit pas ou s'il ne s'agit plus de syphilis, rester constamment à ce chiffre durant huit mois, les examens de sang étant faits régulièrement chaque mois. De plus, le L.C.R. doit être le huitième mois normal en tous ses éléments. »

Cette règle a remplacé la règle des 3 huit (qui se formulait ainsi : « Un sujet syphilitique qui, après

tales de l'extinction de la syphilis », p. 39, Paris, 1920, chez Alcan.

Jeanselme, « traité de la syphilis », Paris, 1932, chez Doin. Voir Tome III, p. 810 et suivantes l'article de Milian, intitulé « le dépistage de la syphilis latente ».

Gougerot, « Le traitement de la syphilis en clientèle », page 368, Paris, 1918, chez Maloine.

un dernier traitement arsenical, reste pendant huit mois avec un sérum à la teinte 8, et présente, au huitième mois, un liquide céphalo-rachidien à la teinte 8, est considéré comme débarrassé de son infection ») lorsque M. le D^r Vernes a remplacé les lectures colorimétriques par des lectures pondérales au photomètre.

Notons que, lorsque pour des raisons sérieuses, l'on croit se trouver en présence d'une déficience viscérale, qui commande la prudence dans l'emploi des arsénos, l'on peut constituer le jalon avec 6 ou 8 injections d'arsenic pentavalent : de l'acétylarsan, par exemple. Cette pratique, non encore orthodoxe, reçoit pourtant, de jour en jour, la confirmation du temps et des faits²⁸.

Nous substituerons parfois au jalon tel qu'il vient d'être défini, ce que l'on appelle à l'Institut Prophylactique : le « jalon prolongé », dans ces cas que M. le professeur Gougerot nomme « les syphilis urgentes » : d'une part, la grossesse, chez les femmes à commémoratifs douteux, et, d'autre part, les syndromes, possiblement syphilitiques, qui mettent en danger un organe essentiel ou même la vie du sujet;

28. Jeanselme. « Traité de la syphilis », tome II, p. 566. Voir l'article de P. Chevallier et G. Garnier « à dose suffisante mais cependant modérée, la plupart des antisyphilitiques la produisent (la réactivation). Les arsénobenzols sont les plus employés en raison de leur plus grande constance ».

deux cas évidemment où l'atерmoieinent n'est plus de rigueur, où il faut, au contraire, tenter sa chance et frapper vite et fort.

Nous définirons : Jalon prolongé = traitement court + jalon arsenical + contrôle des 8 mois.

L'on pourrait être tenté d'assimiler ce jalon prolongé au classique traitement d'épreuve. Mais nous insistons sur ce fait qu'il ne s'agit pas là d'un « traitement d'épreuve³⁰ » au sens où on l'entendait autrefois, où certains l'entendent encore aujourd'hui : le traitement, pour aveugle qu'il soit, est ici un traitement d'attente, un traitement thérapeutique, si nous osons dire, destiné à laisser passer l'orage, et dont le résultat propre, même favorable, n'entrera pas en ligne de compte, pour l'appréciation de la syphilis, celle-ci entièrement laissée à ce qui est diagnostique dans la formule, c'est-à-dire à l'indispensable : Jalon + contrôle.

Enfin, nous ne pouvons pas ne pas souligner cette objection qui se présente naturellement à l'esprit : de par le principe même de reviviscence de la syphilis par l'arsenic sur quoi il est fondé, le jalon est une arme à double tranchant :

— il rend service au syphilitique sérieux qui subit le contrôle jusqu'au bout ;

30. Gougerot. « Le traitement de la syphilis en clientèle », p. 27. « Il faut se méfier de la preuve donnée par le traitement d'épreuve. Je vais le montrer par un exemple absurde : un non-syphilitique se casse une jambe, on le traite localement, mais en même temps on institue un traitement antisiphilitique. Il guérit pendant que la cure mercurielle se poursuit. Va-t-on dire que cette fracture de jambe est syphilitique ! », Paris, 1918, chez Maloine.

— il peut donner un coup de fouet à la maladie latente du syphilitique inconscient qui ne se soumet pas à l'intégralité de sa formule²⁹...

III. L'ORGANISATION PRATIQUE DU DÉPISTAGE

M. le D^r Vernes intitule lui-même l'Institut Prophylactique et les dispensaires qui en sont les filiales, « Etablissements de science appliquée » : c'est souligner tout le soin qu'il a voulu apporter au parallélisme étroit de la théorie et de la pratique.

Nous n'avons rien à ajouter au point de vue médical à ce qui vient d'être dit — rien non plus à retrancher : le dépistage est effectivement poursuivi selon le processus plus haut exposé, et si nous consacrons ces quelques lignes à son organisation pratique, c'est uniquement pour respecter une division classique (laquelle semble postuler un désaccord habituel — pourtant intolérable — entre « ce que l'on dit » et « ce que l'on fait »), et pour montrer comment les moindres détails concourent à la réalisation du but poursuivi.

Par un compartimentage net, le dispensaire consacre à chacun des actes médicaux successifs, une

29. Weissembach et Basch. « Le traitement de syphilis ». Voir p 135 et suiv., les erreurs à éviter en cas d'application du traitement d'épreuve, Paris, 1934, Doin.

pièce spécialement aménagée. Le travail est « réparti de telle sorte que le malade passe dans l'établissement le minimum de temps nécessaire et n'ait jamais l'impression d'attendre en vain³¹ ». Les heures de consultation concordent avec les heures de liberté de la majorité d'une population pour qui le souci immédiat du pain quotidien n'a que trop tendance à passer avant celui d'une maladie à manifestations immédiates souvent bénignes ou nulles.

Des médecins évidemment instruits, anciens élèves de Saint-Louis pour la plupart, mènent avec précision le dépistage selon les deux principes sur lesquels nous avons tant insisté tout d'abord : postuler la syphilis chez tout entrant, mais rejeter tout diagnostic d'inspiration non étayé de preuves scientifiquement établies — dont ils tentent de cacher l'objet au malade, tant pour en faciliter la recherche, en évitant qu'il se cabre, et le faire revenir au dispensaire, en l'intriguant, que pour ne pas engendrer de drame familial et social, ni même cette hantise de la vérole qui peut venir empoisonner une vie entière sur laquelle a plané un jour un soupçon injustifié, mais manifestement exprimé. Par la persuasion, par le raisonnement, mis à la portée de leur interlocuteur, en le faisant participer à l'acte médical, ils obtiennent, ces médecins, que le malade revienne — c'est le plus difficile — qu'il subisse prises de sang, ponction lombaire, jalon. Affaire de tact, de connaissance du milieu

31. A. Vernes. « Atlas de syphilimétrie », p. 119. Paris, 1920, chez F. Alcan.

social où ils évoluent... surtout affaire d'humanité, l'autorité ne devant jamais exclure la douceur et la « prise en main » du malade étant le fruit d'une sorte de paternité médicale, passionnante à éveiller, et qu'ils savent insensiblement faire ressentir, en se donnant eux-mêmes complètement.

Les dossiers — une des fiertés de M. le D^r Vernes, qui se plaît à les compter par « kilomètres », — par la clarté de leur conception, l'unité de leur application, le soin de leur tenue, constituent, pris isolément, l'observation individuelle la plus suggestive; en bloc, ils représentent, nous pouvons en témoigner, la source de renseignements la plus rapidement mobilisable en vue de la recherche.

Nous avouons avoir été tout d'abord choqués de voir des infirmières appelées à effectuer des besognes aussi manifestement médicales que prises de sang et piqûres. Nous devons reconnaître aujourd'hui que — avec l'aide du matériel mis au point par M. le D^r Vernes — la sélection et la spécialisation ont accompli des miracles dont le dépistage profite: le malade quitte à tout jamais le dispensaire où il a été « charcuté » lors de sa première prise de sang; il est tenté de revenir si elle n'a, et c'est le cas, constitué qu'une simple formalité.

Ajoutons encore que des laboratoires remarquables, où toutes les réactions sont l'objet d'un contrôle permanent grâce à une double recherche simultanée et complètement indépendante, assurent au clinicien

une foi totale, une sécurité entière dans l'exactitude des résultats de laboratoire qui jalonnent son action clinique.

En somme, « l'ensemble de l'organisation constitue une chaîne ininterrompue partant du malade pour revenir au malade, en lui apportant la mesure graphique de son infection. Le malade en reçoit une impression de sécurité qui le décide à revenir fidèlement se faire soigner et contrôler ». C'est ce que M. le D^r Vernes a schématisé dans la formule « la syphilimétrie retient ses malades ».

Nous dirons : pour le médecin, c'est sérieux ; pour le malade : « ça fait » sérieux ; condition éminemment favorable à un dépistage en série, souvent long, aride et difficile.



TROISIEME PARTIE

LES RESULTATS DE LA METHODE DE VERNES

Il est temps désormais de « connaître l'arbre à ses fruits » et de voir ce que valent à l'usage toutes ces théories séduisantes, toute cette organisation remarquable : après l'étude *in vitro*, *in papyro*, si l'on peut dire, l'étude *in vivo*. Nous nous plongerons pour cela dans la réalité vivante des dispensaires.

Nous avons au hasard et à la suite consulté :

500 *dossiers au dispensaire de la rue d'Assas* : maison mère de l'Institut Prophylactique, où, avec la plus haute bienveillance, M. le D^r Léger nous a, après un stage au laboratoire, confiés à MM. les D^{rs} Machtou et Lhuerre, à qui nous sommes heureux de témoigner ici, trop faiblement à notre gré, ainsi qu'à leurs collaborateurs, M^{lle} le D^r M. Jacquelin, M^{me} le D^r Goude-Axelos, MM. les D^{rs} Acheray, Talot, Delavenne, Bompard, toute la reconnaissance que nous savons devoir à leurs

conseils éclairés et à l'intérêt amical qu'ils n'ont cessé de nous porter.

Numérotés de 70.000 à 70.499 et recueillis entre le 10-2-32 et le 24-3-32.

500 dossiers à la consultation de vénéréologie du Dispensaire Municipal de Clichy, dont M. le D^r Ichok nous a si largement ouvert les portes et où, esprits distingués autant que cliniciens humains et avertis, MM. les D^{rs} Gozlan, Médioni et Pecker, nous ont, en toute amitié, initiés à la syphilimétrie.

Numérotés de 300 à 549 et de 1.201 à 1.250; recueillis entre le 13-8-29 et le 4-10-30, et entre le 28-1-32 et le 28-6-32.

Nous avons ainsi glané, concernant 41 malades, 39 observations de syphilis ignorée, que nous reproduisons *in extenso*.

Nous les avons, à la suite, pour faciliter ultérieurement notre travail, réunies en tableau.

Enfin, nous avons dressé deux tableaux du travail global, de l'activité générale des deux dispensaires, durant le même temps, afin de pouvoir plus facilement replacer dans son cadre naturel le travail du dépistage de la syphilis ignorée qui, seul, retient notre attention.

OBSERVATION I

DOSSIER N° 300, CLICHY

M. Ernest, 46 ans, forgeron. — Nous est adressé le 6-8-29, par la Consultation de Médecine générale — pour des accès paroxystiques diurnes, survenant à l'occasion d'un travail particulièrement dur — caractérisés par une douleur précordiale intense, irradiée dans la partie du thorax et le membre supérieurs gauches, avec sensation de constriction thoracique et de mort imminente. Entre les accès hyperesthésie de l'hémithorax et du membre supérieur gauches; crampes et fourmillements dans les doigts.

Aucune lésion cardio-aortique. T. A. normale. Urines normales. Aucun stigmat (peau et muqueuses, ganglions, réflexes et pupilles, testicules), ni commémoratif de syphilis. Pourtant 2 F. C. chez la femme apparemment bien portante.

EN RÉSUMÉ :

Crises d'angor avec phénomènes nerveux consécutifs sans lésion organique ni étiologie franche mais 2 F. C. dans la descendance.

La P. S. donne : R. de Vernes perethynol D^{Ph} = 64, qui régresse dès le début du traitement spécifique.

OBSERVATION II

DOSSIER N° 337, CLICHY

C. Armandine, 33 ans, sans profession. — Nous est' adressée le 22-10-29, par la Consultation de Pédiatrie. Son dernier né, âgé de 13 mois, présente, en effet, un aspect chétif et vieillot, une hypertrophie marquée, une paralysie faciale unilatérale *a frigore*.

Deux grossesses antérieures ont donné lieu à 2 F. C. de 3 et 4 mois.

La première parité s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant actuellement âgé de 5 ans et toujours bien portant.

Aucun stigmat (téguments et muqueuses, ganglions, appareil cardio-aortique, T. A. et urines, réflexes et pupilles) et aucun commémoratif de syphilis.

EN RÉSUMÉ :

1 enfant sur lequel pèsent de fortes présomptions cliniques de H syphilis. 2 F. C.

La P. S. donne R. de Vernes au perethynol $D^{Ph} = 97$.

Le traitement spécifique institué (P. L. normale le 24-1-31), sera poursuivi jusqu'au jalon.

Son mari, C. *Alexandre*, 38 ans, employé du gaz, convoqué par nos soins, ne présente à l'examen aucun stigmat, à l'interrogatoire, aucun commémoratif avoué de syphilis. Or, sa P. S. donne le 24-10-29 : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph} = 5$.

Nous ne pouvons obtenir de le revoir pour, selon les principes de la méthode de Vernes, confirmer l'infection par la surveillance des oscillations de la courbe sérologique, avant d'entamer la lutte.

OBSERVATION III

DOSSIER N° 358, CLICHY

S. Dimitri, 45 ans, cordonnier. — Nous est adressé par la Consultation de Médecine générale, le 3-12-29, pour une douleur rétro-sternale intense, persistante, sensation de serrement, non paroxystique, peu influencée par le repos ou l'effort, irradiée à l'épaule droite.

L'auscultation cardio-aortique est négative, la T. A. 16-10 au Vaquez. Dans les urines il n'y a pas d'albumine mais 3 gr. 8 de sucre. Nous ne trouvons, d'ailleurs, aucun accident corollaire à cette glycosurie.

L'examen (peau et muqueuses, ganglions, réflexes et pupilles, testicules) ne montre rien d'intéressant.

En 17 ans de mariage, sa femme n'a eu ni enfant ni F. C.

Tout serait complètement négatif sans le souvenir d'un « bouton » sur la verge traité localement, il y a 25 ans, à Bucarest, et qui n'a d'ailleurs été suivi d'aucune manifestation de syphilis floride.

EN RÉSUMÉ :

Douleur rétro-sternale, non angineuse, sans rien d'objectif. Sucre urinaire.

Pourtant, la P. S. donne R. de Vernes au perethynol $D^{Ph} = 48$.

OBSERVATION IV

DOSSIER N° 362, CLICHY

A. Henri, 60 ans, manœuvre. — Nous est adressé le 7-12-29, par la Consultation de Médecine générale où, à l'occasion d'une angine banale, on lui a découvert une leucoplasie linguale.

C'est un sujet floride dont la langue présente de larges plaques lisses en nappes quadrillées blanchâtres de glossite scléreuse superficielle avec deux bandes atrophiques médio-latérales. Elle est épaisse mais ne présente pas de noyau intersticiel.

Leucoplasie commissurale concomitante et chapelet de petits ganglions durs et libres sous-maxillaires et sous-mentaires.

L'examen est, par ailleurs, complètement négatif (téguments, ganglions, cœur et aorte, T. A., urines, réflexes et pupilles, testicules), de même l'interrogatoire.

Le malade est célibataire.

EN RÉSUMÉ :

Leucoplasie linguale.

La P. S. donne R. de Vernes au perethynol $D^{Ph} = 9$, le 7-12-29, $D^{Ph} = 7$, le 18-12-29, ce qui confirme les signes cliniques.

OBSERVATION V

DOSSIER N° 391, CLICHY

B. Marguerite, 41 ans, employée de métro, est la femme d'un de nos malades.

B. Jean, 50 ans, employé de métro (dos. N° 374). — Celui-ci est venu pour la première fois au Dispensaire, le 19-12-29, porteur d'un chancre induré typique du sillon, datant de 1 mois, avec adénopathie satellite, ultra et sérologie « positifs », pas de roséole; traitement immédiat.

Nous la voyons pour la première fois le 30-1-30, soit 6 semaines après son mari et 2 mois 1/2 après le début (durant lequel ils ont eu des relations), des accidents contagieux dont celui-ci est porteur.

L'examen cutanéomuqueux pratiqué dans toute sa rigueur, est négatif : il n'y a ni rate ni ganglion.

RÉSUMÉ :

La P. S. donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph} = 0$, le 30-1-30.

R. de Vernes à la Résorcine $D^{Ph} = 17$, ce chiffre peu élevé confirmant l'absence d'infection spécifique au début¹.

Deux autres examens ne donnent pas de résultat et brusquement, le 8-4-30, soit 5 mois après le début clinique de la syphilis du conjoint, on trouve $D^{Ph} = 90$, sans aucun autre signe.

Cette malade a été traitée jusqu'au jalon inclusivement : nous la considérons comme guérie.

Nous ne nous dissimulons pas que l'on peut discuter la reproduction de cette observation dans le cadre de cet ouvrage consacré aux syphilis ignorées : certes, elle n'en a pas l'âge habituel et nous avons la notion nette de la contagion possible, probable même.

Mais elle en présente l'insidiosité.

Elle est à la fois décapitée et retardée.

Enfin, son dépistage n'a été possible que grâce à la séro-réaction et à la persévérance de la malade, et il constitue un « fait de laboratoire » en dehors de tout accident clinique objectif ou subjectif.

OBSERVATION VI

DOSSIERS N^{os} 411 ET 412, CLICHY

T. Lahmri, 30 ans, indigène de l'Afrique du Nord, manœuvre, vient au Dispensaire le 8-3-30, pour douleurs dans les membres, asthénie, courbature. Il est impossible de faire analyser avec précision ce qu'il ressent, à ce sujet qui s'exprime avec peine dans notre langue. Un interprète bienveillant ajouterait ses fioritures personnelles à celles que broderait le malade, tant par instinct racial de fabulation que pour tenter de provoquer une profitable compassion.

Il s'agit d'un sujet nettement déprimé, amaigri, chez lequel l'auscultation révèle une matité anormale au S. G. et de gros rhonchus avec expiration soufflante dans toute l'étendue des 2 plages pulmonaires.

Il n'a évidemment, comme le proclame tout Arabe qui se respecte, jamais eu de « maladie de la femme ». L'examen est à cet égard complètement négatif (peau et muqueuses, ganglions, appareil cardio-aortique, T. A., urines, réflexes et pupilles, testicules).

EN RÉSUMÉ :

On songe à la tuberculose si fréquente chez ces déracinés et la P. S. de principe doit surtout, dans notre esprit, donner à nos collègues de l'O. P. H. S., auprès de qui nous comptons le diriger, le secours de la réaction à la résorcine.

Or, nous trouvons :

R. de Vernes au perethynol D^{Ph} = 50.

R. de Vernes à la résorcine D^{Ph} = 114.

Le frère de ce malade, *T. Taïb*, 27 ans, *manœuvre*, l'accompagne, se plaignant de courbature et d'asthénie. Chez lui aussi défaillance de l'état général, mais peu de signes pulmonaires.

Ni commémoratifs, ni stigmates de syphilis.

La P. S. donne : R. de Vernes au perethynol D^{Ph} = 32.

Nous n'avons, malheureusement, revu ni l'un ni l'autre de ces malades : ils continueront à figurer aux statistiques des syphilis ignorées des différents Dispensaires qu'ils fréquenteront — autour d'eux, en même temps, ils syphili-seront.

OBSERVATION VII

DOSSIER N° 413, CLICHY

A. Augustine, 31 ans, est la femme d'un de nos malades,
A. Pierre, 31 ans, chauffeur.

(Dossier n° 408, Clichy, porteur depuis 6 semaines d'un chancre induré du frein, reconnu en ville il y a un mois et immédiatement mis au novar. Il avait à ce moment un B. W. « positif ». Sa sérologie donne: Réaction de Vernes perethynol D^{Ph} = 0, lorsqu'il vient au Dispensaire le 27-2-30.)

Son mari nous l'amène quinze jours après le 13-3-10 — soit deux mois après le début apparent de sa propre infection — pour des brûlures à la miction et des douleurs vagues dans le petit bassin, survenues depuis une semaine, et à maximum nocturne, surtout après une journée de travail fatigant.

Examen de la peau et des muqueuses, des ganglions et de la rate, de l'appareil cardio-vasculaire, de la T. A. et des urines, des réflexes et des pupilles, complètement négatif. — Pas de leucorrhée. — La palpation profonde combinée au T. V. et au T. R. ne montre pas de tumeur anxielle : l'ovaire droit pourtant est perceptible et légèrement douloureux.

EN RÉSUMÉ :

Rien d'autre que la notion de spécificité chez le conjoint.

La P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=92$ ultérieurement confirmée jusqu'à cessation du traitement et jalon arsenical régulier. — Les P.L. n'ont jamais été pathologiques.

Tout comme dans l'observation V il s'agit d'une infection récente dont le classement sous la rubrique « syphilis ignorée » peut être discuté. A la lumière de la sérologie on pourra même dire qu'elle n'est pas absolument silencieuse et que l'ovarite spécifique est une entité morbide connue depuis Astruc. Il nous semble pourtant que doit être ainsi étiqueté un cas où seul le laboratoire a posé le diagnostic étiologique d'où l'on a pu remonter au diagnostic lésionnel.

OBSERVATION VIII

DOSSIER N° 431, CLICHY

La Consultation de Médecine générale nous adresse le 6-4-30 D. Octavie, 40 ans, journalière, pour pratiquer sur elle une réaction de Vernes à la résorcine.

Il s'agit d'une femme en mauvais état général, pâle, amaigrie, qui tousse et crache depuis de longues années et se trouve actuellement fatiguée et dyspnéique au moindre effort, bref « ne tient pas debout ». Elle présente aux deux sommets des signes nets de condensation; respiration saccadée avec inspiration granuleuse, expiration prolongée et soufflante, bronchophonie.

Cœur et aorte normaux. T.A.=12-9. Urines normales. Quelques ganglions jugulaires.

L'examen de la peau et des muqueuses, des réflexes et des pupilles est négatif.

Cette femme a un enfant de 12 ans bien portant, et a fait, il y a 4 ans, une F.C. de 4 mois.

EN RÉSUMÉ :

Signes cliniques de tuberculose pulmonaire évolutive.
Une F.C.

La P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=42$, ce qui correspond à son état pulmonaire, mais aussi R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=33$.

Elle a malheureusement, dès les premières piqûres, porté sous d'autres cieux ses tréponèmes certains et ses bacilles probables.

OBSERVATION IX

DOSSIER N° 450, CLICHY

B. Jean, 66 ans, journalier. — Nous est adressé le 26-4-30 par la Consultation de Médecine générale pour pratiquer sur lui une réaction de Vernes à la résorcine.

C'est un sujet solide, en bonne santé apparente, floride même, qui se plaint de dyspnée d'effort : « Je suis pous-sif ».

Il tousse et crache et l'auscultation révèle avec des râles sibilants une sonorité exagérée dans toute l'étendue des deux poumons, une diminution de la respiration aux sommets avec inspiration humée et expiration prolongée.

Au cœur second bruit un peu claqué à la base. T.A. 13-10. Aorte normale, foie normal, urines normales.

L'examen (peau et muqueuses, ganglions, réflexes et pupilles testicules) et les commémoratifs (1 enfant mort à 16 ans de tuberculose pulmonaire, pas de F.C.) semblent exclure l'idée de syphilis.

EN RÉSUMÉ :

Bronchite chronique avec emphysème et légère atteinte aortique.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes perethynol D^{Ph} = 132; R. de Vernes à la résorcine D^{Ph} = 23.

Ce malade a été traité jusqu'au jalon inclusivement : nous le considérons comme guéri.

OBSERVATION X

DOSSIER N° 451, CLICHY

M. Marcelle, 34 ans, comptable. — Nous est adressée le 28-4-30 par la Consultation de Médecine générale pour pratiquer sur elle une réaction de Vernes à la résorcine.

Depuis plusieurs mois cette jeune femme souffre d'une dysphagie douloureuse avec altération de la voix qui est voilée et enrouée. De plus, elle présente de l'hypoacousie et toussse.

A l'examen on ne note rien d'autre qu'une rougeur diffuse de toute la muqueuse palato-pharyngienne. Au laryngoscope les cordes vocales sont roses sans autre altération. L'auscultation ne décèle que quelques gros râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. Quelques ganglions cervicaux.

L'examen de peau et muqueuses — des ganglions — de l'appareil cardio-aortique, de la T.A., des urines est normal.

Réflexes rotuliens, achilléens, radiaux normaux — pas de Romberg. Les pupilles sont égales, régulières, mais ne réagissent plus à la lumière avec persistance de la réaction à l'accommodation.

Pas de commémoratif de syphilis, pas de F.C.

EN RÉSUMÉ :

Laryngite et toux persistantes. Argyll.

La P.S. donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=11$;
R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=23$.

La P.L., pratiquée le 22-5-30, dès le début du traitement, est fortement pathologique : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=131$; Leucocytose=171; Albuminose=0,38, ce qui a imposé un traitement prolongé, actuellement encore en cours.

Le « y penser toujours », la systématisation de l'examen, le recours continuel au laboratoire, nous ont permis d'éviter sans doute à cette malade les tristes aléas de la syphilis cérébrale.

OBSERVATION XI

DOSSIER N° 452, CLICHY

M. Fotima, 40 ans, femme de ménage. — Nous est adressée pour avis le 6-5-30 par la Consultation de Médecine générale, où elle s'est présentée souffrant depuis plusieurs semaines de céphalées : une certaine sensation de pesanteur de la tête ne la quitte guère mais avec, selon un horaire capricieux, des exacerbations de douleurs occipitales intenses, ponctives — « sensation d'une bête qui me broie la cervelle », dit-elle. Ces crises la réveillent quelquefois, mais elle n'a pas d'insomnie et l'état général semble peu touché.

L'examen complet (peau et muqueuses — ganglions et rate — cœur et aorte — T.A. et urines — réflexes et pupilles) est négatif, mais l'interrogatoire révèle la mort en bas âge, d'affection inconnue et brutale, il y a 17 et 15 ans, d'enfants respectivement âgés de 8 et 4 mois et jusque-là bien portants. De plus, il y a eu, voici 5 ans, accouchement prématuré, sans hémorragie, d'un fœtus mort, non macéré, de 7 mois.

EN RÉSUMÉ :

Céphalées intenses sans caractère spécifique — avec, dans les antécédents, 2 enfants morts en bas âge et 1 accouchement prématuré.

La P.S. donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=53$, suivie de mise en traitement.

OBSERVATION XII

DOSSIER N° 467, CLICHY

P. Camille, 46 ans, ménagère. — Nous est adressée, pour dépistage, le 27-5-30, par la Consultation de Dermatologie, où elle s'est adressée pour un eczéma chronique des mains, vésiculeux par endroits, lichenisé et fissuraire à d'autres.

Elle se plaint de plus d'encéphalalgies battantes, violentes, à maximum vespéral, mais prolongées tard dans la nuit et causant une insomnie qui ne cesse pas avec l'apaisement de la douleur et persiste malgré aspirine, gardénal, sonéryl, successivement essayés. Elles durent depuis de longs mois avec des périodes d'accalmie.

Sur la peau, sur les muqueuses, rien d'autre à signaler.

Appareil cardio-aortique, T.A. et urines, ganglions et rate sont normaux; normaux également les réflexes achilléens, rotuliens, radiaux, pupillaires; mais les pupilles, égales et régulières, sont en myosis.

Nous notons dans ses antécédents une F.C. de 4 mois, il y a une dizaine d'années.

Son mari est mort à 49 ans de cardiopathie indéterminée, mais pas de commémoratif net de syphilis.

EN RÉSUMÉ :

Eczéma « des blanchisseuses » — céphalées vespérales, pupilles en myosis — 1 F.C.

Or, la P.S. donne : Réaction de Vernes au perethynol $D^{Ph}=33$.

La P.L. pratiquée le 5-6-30 donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=32$; Leucocytose=16,5; Albuminose=0,42; elle est donc pathologique en tous ses éléments.

OBSERVATION XIII

DOSSIERS N^{os} 481 et 485, CLICHY

A *A. Emile*, 20 ans, affûteur, la jeune *N. Raymonde*, 16 ans, a tout donné : son cœur, sa vertu, dit-il, et une blennorragie profuse qu'il vient faire traiter au dispensaire le 29-4-30.

L'examen (peau, muqueuses, ganglions et rate — cœur et aorte — T.A. et urines — réflexes et pupilles — testicules) est complètement muet au point de vue syphilis, de même que les commémoratifs.

La P.S. systématiquement pratiquée chez tous nos blennorragiens dès que nous les prenons en mains, donne : R. de Vernes perethynol $D^{Ph}=0$.

Le traitement acridinique est institué, la jeune femme accompagnant d'ailleurs à chaque séance son ami jusque dans notre salle d'attente. Et elle profite de sa fréquentation du dispensaire pour un jour, le 12-6-30, nous demander « ce qu'il faut mettre » sur deux ou trois petits « boutons » apparus depuis quelques jours à l'aile du nez. Il s'agit d'éléments pustulo-érythémateux à peine infiltrés : acné probable.

Nous établissons un dossier et pratiquons l'examen complet, d'ailleurs parfaitement négatif au point de vue syphillis.

Pourtant la P.S. systématique donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=64$.

La P.L. est normale.

En présence de ce résultat nous revoyons *R. Emile* le 16-6-30 et c'est avec la plus extrême attention que nous arrivons à mettre en évidence une infime exulcération de la collerette, peu indurée, croûteuse, de un millimètre de diamètre tout au plus, et dont la présence avait complètement échappé à l'attention du malade, cependant habitué à « traire » tous les matins, sa blennorragie pour en suivre la régression.

Nous pouvons croire que c'est là la porte d'entrée du virus malgré un ultra négatif et l'absence de ganglion satellite.

L'examen à nouveau pratiqué est négatif : à peine trouve-t-on une rate percutable sur deux travers de doigts.

La P.S. donne ce jour : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=27$.

La P.L. pratiquée en fin de traitement sera normale.

Nous avons reproduit cette double observation de syphilis récente, parce qu'elle montre sur le vif comment

malades et quelquefois médecins peuvent, en toute conscience, passer à côté du diagnostic précoce — et même du diagnostic tardif; elles montrent la porte d'entrée dans la syphilis ignorée et font ressortir toute la valeur de la recherche systématique aveugle, « absurde », de l'infection sanguine par le laboratoire en toute occasion et là particulièrement où la gratuité des soins doit trouver dans la défense sociale un peu de sa contre-partie.

OBSERVATION XIV

DOSSIER N° 502, CLICHY

P. Alphonse, 24 ans, couvreur. — Nous vient consulter le 24-7-30, pour des végétations génitales, hautes de 3 à 4 m/m et disposées en couronne dans le sillon et sur le frein.

Il n'a jamais eu de blennorragie.

L'examen (peau et muqueuses — ganglions — appareil cardio-aortique, T.A. et urines — réflexes et pupilles, testicules) et les commémoratifs, ne permettent en rien de soupçonner la syphilis.

Pourtant la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au perythynol $D^{Ph}=20$, qui sera ultérieurement améliorée dès le début de traitement.

OBSERVATION XV

DOSSIER N° 1205, CLICHY

B. Léocadie, 68 ans. — Nous est envoyée le 4-2-32, par la Consultation d'ophtalmologie, qui nous demande de lui faire une série de Cy^2Hg , pour une paralysie de la troisième paire, caractérisée par du ptosis avec immobilité et déviation du globe oculaire droit en dehors et un peu en bas — de la diplopie, avec fausse image en dedans — mydriase et paralysie à la lumière et à l'accommodation.

A gauche l'œil paraît normal à notre examen de non spécialiste, mais présente une abolition du réflexe lumineux pupillaire, avec conservation de la réaction à l'accommodation.

L'examen (peau et muqueuses — ganglions — appareil cardio-aortique, T.A. et urines) est négatif. Les réflexes tendineux sont faibles, particulièrement les achilléens.

Pas de Romberg, pas d'autre commémoratif que la notion d'un séjour de quelques mois à Sainte-Anne, il y a deux ans, pour des « troubles psychiques », de nature assez mal définie, séjour durant lequel la malade aurait subi à deux reprises des P.L. « négatives » qui ne semblent pas avoir été suivies d'un traitement spécifique.

EN RÉSUMÉ :

Paralysie du moteur oculaire commun droit avec Argyll et diminution des réflexes tendineux.

La P.S. donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=14$.

Nous notons que le cyanure, cher aux ophtalmologistes, donne ici — comme il arrive souvent d'ailleurs — tout d'abord une réactivation que traduit la seconde P.S. : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=18$, ultérieurement réduite, encore que la malade ait quitté le dispensaire beaucoup trop tôt pour éviter une nouvelle P.L.

OBSERVATION XVI

DOSSIER N° 1214, CLICHY

K. Salak, 34 ans, manœuvre, indigène de l'Afrique du Nord importé pour assurer la remonte industrielle, communiste et hospitalière. — Se présente à nous le 9-2-32 souffrant depuis trois mois d'une blennorragie aiguë avec écoulement profus.

L'examen (peau et muqueuses, appareil cardio-aortique, T. A. et urines, réflexes et pupilles, testicules) est négatif. On note toutefois une adénopathie inguinale inflammatoire, qui peut cadrer avec sa gonococcie, et cervicale, celle-ci fréquente chez ces déracinés. De plus, une cicatrice étendue, déchiquetée, de couleur plus claire que l'ensemble du tégument, semble, à son aine droite, la signature d'une chancrelle ancienne.

L'interrogatoire, qui peut se poursuivre en français, est naturellement (pudeur islamique!) négatif : le malade, depuis deux ans à Paris, a laissé au pays sa femme et quatre enfants bien portants. Pas de F.C.

Pourtant, la P.S. systématique donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=30$.

La P.L. est normale.

OBSERVATION XVII

DOSSIER N° 1217, CLICHY

P. Joseph, 48 ans, plongeur. — Nous est adressé, le 11-2-32, pour examen sérologique, par la Consultation de Médecine générale, où il s'est présenté quelques jours auparavant atteint d'ictère avec coloration jaune de la peau et des muqueuses, xanthopsie, prurit, urines foncées et albumineuses (Gmelin+), décoloration des selles, bradycardie, foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt, rate percutable. Il se plaint par ailleurs de faiblesse, d'asthénie, d'une indéfinissable sensation de lassitude, de gêne, de pesanteur générale morale et physique, antérieurs à l'épisode actuel : « Il y a longtemps que je sens que cela me cherche », dit-il, mais, sauf quelques douleurs dans les jambes en fin de journée, il ne peut donner aucune topographie précise à ce qu'il appelle « du vague, du mou dans tout le corps ».

La recherche objective (téguments — ganglions — appareil cardio-aortique, T.A. — réflexes et pupilles — testicules) et l'interrogatoire, semblent exclure toute idée de syphilis.

Le malade a eu cinq enfants, tous bien portants, de deux mariages. — Jamais de F.C.

EN RÉSUMÉ :

Ictère catarrhal infectieux bénin, chez un sujet asthénique paraissant indemne de toute syphilis.

Pourtant la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au perythynol $D^{Ph}=35$, ultérieurement confirmée, après cessation de l'état hépatique sous l'action thérapeutique prudemment conduite avec le Cy^2Hg .

OBSERVATION XVIII

DOSSIER N° 1245, CLICHY

C. Renée, 30 ans. — Demande le 29-2-32 une prise de sang « de sécurité » encore qu'elle n'ait jamais remarqué sur elle-même la moindre manifestation pouvant être rapportée à la syphilis. Mais elle est mariée à *C. William, 32 ans, représentant*, lequel s'est le 15-6-31 — 8 mois auparavant — présenté à nous porteur d'un chancre induré typique, datant de 8 jours, avec adénopathie satellite et présence de tréponèmes à l'ultra. Immédiatement mis au traitement, sa sérologie a toujours été muette.

Nous l'avons évidemment, dès le premier jour, invité à nous amener sa femme et ne désirons pas rechercher pourquoi celle-ci vient aujourd'hui seulement.

L'examen est négatif (peau et muqueuses, système cardio-aortique, T.A. et urines, réflexes et pupilles, testicules). Ni enfant, ni F.C. A peine trouve-t-on aux plis inguinaux quelques petits ganglions banaux.

Pourtant la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=72$.

OBSERVATION XIX

DOSSIER N° 1297, CLICHY

B. Lassa, 40 ans, indigène de l'Afrique du Nord, mécanicien. — Nous est adressé le 10-4-32, pour dépistage, par son médecin de ville qu'il est allé consulter pour gastralgie.

Le malade possédant parfaitement la langue française, nous pouvons lui faire préciser qu'il ressent depuis plusieurs mois au creux épigastrique une sensation très vive de crampe, de torsion, d'arrachement, se reproduisant plusieurs fois dans la journée et même la nuit, non influencée par les repas et sans horaire précis.

Il n'y a jamais eu ni vomissements, ni constipation; l'estomac ne semble pas dilaté.

Toute la gamme des alcalins et des pansements gastriques, plus ou moins accompagnés de belladone et de bromure, a été impuissante à améliorer le malade, d'ailleurs en bon état général.

L'examen (peau, muqueuses, ganglions, système cardio-aortique, T.A., urines, réflexes) et les commémoratifs, ne font en rien soupçonner la syphilis et il n'y a pas, en particulier, de signes de la série tabétique.

EN RÉSUMÉ :

Gastralgie, dont la radiographie et l'étude du chimisme gastrique et de la sérologie permettront peut-être de découvrir la cause, mais contre laquelle on constate l'échec des traitements symptomatiques habituels.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=21$ et, quelques jours après la P.L. se révèle pathologique : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=0$; Leucocytose=10,6; Albuminose=0,60.

Ajoutons que ce malade, encore en traitement, a vu diminuer, puis disparaître, ses douleurs, sous l'influence des premières piqûres, en même temps que sa sérologie se rapprochait de la normale.

OBSERVATION XX

DOSSIER N° 1335, CLICHY

P. Albino, 34 ans, menuisier. — Nous est envoyé le 23-4-32, pour sérologie, par la Consultation de Médecine générale où il s'est présenté souffrant depuis quatre mois d'une arthrite de l'épaule gauche, avec douleurs lancinantes, spontanées, accrues par le repos, dissipées par l'exercice, plus vives la nuit, localisées à l'articulation et à la fosse sus-épineuse.

L'examen local montre, par comparaison avec l'épaule indemne, une région en apparence saine et qui a conservé son galbe : le tégument est de couleur normale; on ne note ni amyotrophie, ni contracture, ni attitude vicieuse, ni limitation ou gêne fonctionnelle, ni craquement, ni adénopathie axillaire.

Les masses musculaires ne présentent ni nodule, ni rétraction; le squelette pas d'hyperostose; l'articulation pas de fongosité.

Les poumons sont normaux.

L'examen général (peau, muqueuses — ganglions — appareil cardio-aortique, T.A. et urines, réflexes et pupilles — testicules) et les commémoratifs (ni blennorragie ni R.A.A.) n'établissent pas la notion certaine de syphilis. Pourtant, en 1922, le malade a présenté en Italie des accidents analogues, traités avec succès par « une série de piqûres dans la fesse » et il a gardé le souvenir d'une P.S.

préalable dont il nous dit, avec la plus grande apparence de sincérité, n'avoir jamais pensé à demander le résultat.

EN RÉSUMÉ :

Scapulalgie de type syphilitique chez un sujet paraissant sain mais déjà probablement traité pour syphilis ignorée.

La P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=17$; au perethynol $D^{Ph}=10$, confirmée par un nouvel examen le 28-4-32 $D^{Ph}=18$.

Nous saisissons sur le vif les dangers que fait courir à un syphilitique l'ignorance où le maintient son médecin lorsque — pour des motifs d'ailleurs sans doute hautement humains et respectables — il ne lui révèle pas la nature de son mal, la persévérance thérapeutique qu'il implique, et la nécessité d'en faire état lors de consultations antérieures.

Nous proposons pour dépister ces syphilis latentes, découvertes à différentes reprises, le terme de « *syphilis ignorées retrouvées* ». Les dangers auxquels elles exposent le malade, les difficultés, les erreurs qu'elles peuvent, par la suite, créer à des confrères, devraient suffire à en faire des cas exceptionnels à une époque où des déplacements fréquents et non sa simple fantaisie, imposent souvent au malade le choix d'un nouveau médecin.

OBSERVATION XXI

DOSSIER N° 1380, CLICHY

D. Yvonne, 19 ans. — Vient consulter le 24-5-32 pour une leucorrhée récente avec pertes abondantes, coccygodynie, rougeur diffuse de toute la muqueuse sans augmentation de volume du corps, ni du col, douloureux à la palpation, mais de mobilité et de situation normales. Les culs-de-sac sont libres et le gonocoque est facilement décelable extemporanément dans le bouchon glaireux qui sourd du museau de tanche.

L'examen complet (peau et muqueuses — ganglions et rate — appareil cardio-vasculaire, T.A. et urines, réflexes et pupilles) et les commémoratifs n'éveillent en rien l'idée de syphilis.

On note une axyphoïdie, mais sans aucun autre signe pouvant se rapporter à l'hérédo-syphilis; il y a certes quelques ganglions inguinaux mais de caractère inflammatoire et dus probablement à l'infection locale.

Enfin, la malade signale quelques céphalées voici un mois, mais sans caractère spécifique d'horaire ni d'intensité. De plus, elle est sédentaire, souffre de constipation et peut, malgré nos précautions, se laisser suggestionner par notre interrogatoire.

EN RÉSUMÉ :

Métrite gonococcique récente sans annexite.

Pourtant la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=11$, confirmée le 30-5-32, R. de Vernes au perethynol $D^{Ph}=28$.

Nous n'avons jamais revu cette jolie fille, ni ses gonocoques, ni ses tréponèmes.

OBSERVATION XXII

DOSSIER N° 1395, CLICHY

C. Paul, 36 ans, tourneur. — Nous est envoyé le 26-3-32 pour sérologie, par la Consultation de Médecine générale. Il aurait depuis deux semaines maigri de 3 kilos. Encore cet amaigrissement, mesuré « sur la bascule du pharmacien », fait-il suite à un amaigrissement apparemment plus important : « Une bonne dizaine de kilos », nous dit le malade, et qui, révélé par le flottement de ses vêtements, de sa ceinture de pantalon, se poursuit depuis deux ou trois mois, et l'a inquiété au point de le faire se surveiller.

En fait nous nous trouvons devant un homme certainement amaigri, mais corpulent encore : ce qui frappe chez lui c'est sa pâleur : une pâleur grise, non jaunâtre comme celle de l'anémie cancéreuse ou tuberculeuse, avec des yeux non enfoncés dans l'orbite mais largement cernés de violet bistre.

Il a conservé un appétit excellent, ne tousse ni ne crache. Les fonctions digestives sont régulières.

Il n'y a même pas d'asthénie mais une fatigabilité inhabituelle, surtout apparente en fin de journée.

Le malade se plaint en outre de céphalées apparues sensiblement en même temps qu'il commençait à maigrir, céphalées en casque, diffuses, relativement peu violentes, diurnes et nocturnes, sans horaire précis.

L'examen complet ne décèle aucune lésion cardio-pulmonaire, digestive ou rénale : peau et muqueuses, ganglions, réflexes — commémoratifs enfin, semblent exclure la syphilis.

Il n'est marié que depuis un an et il n'y a pas encore eu de grossesse.

EN RÉSUMÉ :

Amaigrissement inexpliqué — anémie et céphalées cryptogénétiques.

Pourtant la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=16$; à la résorcine $D^{Ph}=14$.

La ponction lombaire est normale. Nous n'allions pas tarder à savoir à quelle source ce malheureux avait puisé la syphilis. L'ayant incité à nous faire examiner sa jeune femme, nous reconnaissons en celle-ci la jeune *V. Clémence*, 23 ans, traitée durant quelques semaines par nous, à partir du 30-12-30, sous le numéro de dossier 640, pour plaques muqueuses génitales et buccales : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=142$, titulaire de deux F.C., et qui avait quitté le dispensaire non guérie pour convoler en justes noces.

OBSERVATION XXIII

DOSSIER N° 70005, ASSAS

L. Germaine, 34 ans, couturière. — Vient consulter le 9-2-32 pour une douleur lancinante, un « point » sous le sein gauche. Sensation de picotement persistante, mais particulièrement vive à la fatigue.

La malade nous dit avoir eu, il y a quatre ans, une crise de R.A.A. avec fièvre, repos au lit durant trois semaines, et salicylate.

L'auscultation de l'aire cardio-aortique est absolument normale, de même la T.A. et les urines. Les poumons semblent sains et on ne note pas d'hyperthyroïdisme.

L'examen complet (peau, téguments, ganglions) est normal. Les réflexes existent, mais on met en évidence une inégalité pupillaire $OD < OG$, les pupilles étant d'ailleurs régulières et réagissant correctement à la lumière et à l'accommodation.

L'interrogatoire n'apporte pas de commémoratif sûr de syphilis. Pourtant, mariée il y a dix ans, elle a eu, un an après, un enfant mort-né.

EN RÉSUMÉ :

Douleur sous-mammaire et inégalité pupillaire, peut-être en rapport avec une même lésion irritative du sympathique. — Un enfant mort-né.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=50$.

Ajoutons que son mari, *L. Marcel*, 33 ans, employé des postes (dossier n° 70004), a accompagné cette malade. Il souffre depuis deux ans d'une sciatique classique avec points douloureux à la pression le long du nerf, signes de Lassègue et de Bonnet.

Chez lui, la P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=0$.

En raison de la syphilis découverte chez sa femme et de l'origine parfois spécifique des radiculites, nous lui proposons de le soumettre à un jalon arsénial complet, afin de faire la preuve de l'infection.

Mais nous ne devons plus revoir ni l'un ni l'autre, soit qu'ils ne fissent que contrôler rue d'Assas une découverte faite antérieurement, soit qu'ils aient éprouvé le besoin de contrôler ailleurs notre propre découverte, soit enfin qu'ils ne lui aient attaché aucune importance.

OBSERVATION XXIV

DOSSIER N° 70023, ASSAS

B. Amano, 28 ans, artiste peintre. — Participe à la vie étourdissante de la colonie étrangère qui grouille à Montparnasse. N'ayant pas su prévoir, il veut du moins pourvoir à sa sécurité et, bien que ne présentant aucune manifestation de nature à l'inquiéter, demande une « prise de sang » le 12-2-32.

L'examen (peau et muqueuse — ganglions et rate — appareil cardio-aortique, T.A., urines, réflexes et pupilles — testicules), les commémoratifs, semblent exclure complètement l'idée de syphilis. Il s'agit d'un beau garçon « en pleine forme », à peine anémié par la ville et l'existence qu'il y mène.

Pourtant la P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=50$.

La P.L. pratiquée le 25-2-32 montre une légère hyperalbuminose : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=0$; Leucocytose=0,9; Albuminose=0,42.

B. Amano, 28 ans, artiste peintre, n'attendra d'ailleurs pas, pour nous quitter, la fin de son traitement et... nous plaignons les femmes!

OBSERVATION XXV

DOSSIER N° 70034, ASSAS

B. Bernardine, 38 ans, couturière. — Nous est adressée le 12-2-32 par son mari, *N. Marcel, 37 ans, charpentier*, chez lequel (dossier n° 69948) nous venons, à l'occasion de troubles gastriques inexpliqués, de déceler, quelques jours auparavant, une syphilis ignorée (R. de Vernes au péréthynol D^{Ph}=78) remontant peut-être à 1920, époque où il a présenté une ulcération de la verge, dont il ne s'est pas autrement inquiété et qu'il a laissé guérir spontanément.

Sa femme vient nous consulter parce qu'elle souffre depuis huit jours de troubles de la vue, sensation de gravier sous la paupière, larmoiement, photophobie : les paupières sont collées au réveil, il y a du gonflement et une rougeur superficielle de la conjonctive. Le diagnostic de conjonctivite catarrhale aiguë s'impose.

L'examen complet (peau, muqueuses, ganglions, appareil cardio-aortique, T.A., urines, réflexes), la recherche des commémoratifs, semblent exclure la syphilis.

Il n'y a eu ni enfants, ni F.C.

EN RÉSUMÉ :

Incident oculaire banal, chez la femme d'un syphili-

tique ancien non traité, paraissant elle-même indemne à l'examen.

Or, la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=11$, chiffre ultérieurement réduit au cours du traitement.

La P.L. est normale.

OBSERVATION XXVI

DOSSIER N° 70114, ASSAS

M. Léontine, 55 ans. — Vient consulter le 17-2-32 pour un ulcère de jambe récidivant. Les membres inférieurs présentent de gros paquets variqueux, leur tiers inférieur est le siège d'un eczéma nummulaire sec sur une peau amincie, luisante, tendue, collée aux plans sous-jacents.

A la partie sus-malléolaire antéro-interne de la jambe droite on note une large ulcération unique, ovalaire, à grand axe vertical, longue de trois travers de doigt, large de deux, à bords taillés à pic, serpigineux, entourée d'une zone tuméfiée, oedémateuse, fortement pigmentée, à fond irrégulier, jaunâtre, bourgeonnant, présentant quelques points grisâtres d'enduit pultacé.

Cette ulcération a une marche progressivement extensive depuis trois mois et n'est pas enrayée par les divers traitements locaux, judicieux d'ailleurs, qui lui ont été opposés : elle est le dernier en date d'une longue série d'accidents semblables, qui se sont succédés, sur les deux membres — et dont on voit les cicatrices pigmentées — depuis 1920, à la suite, dit la malade, d'une hystérectomie totale suivie de phlébite double.

L'examen de la peau, des muqueuses, des ganglions, du système cardio-aortique, de la T.A., des urines, est négatif au point de vue spécificité. Les réflexes rotuliens, achilléens, radiaux, existent; il n'y a pas de Romberg, mais on note une inégalité pupillaire OD < OG. De plus, la pu-

pille droite est déformée. Enfin, les pupilles réagissent normalement à l'accommodation, mais très paresseusement à la lumière.

Le second mari de la malade est apparemment bien portant — le premier est décédé accidentellement. Un fils est mort à 5 ans de méningite, et une fille, actuellement âgée de 12 ans, présente des accidents convulsifs épileptiformes et aurait eu, il y a quelques mois, une prise de sang « négative », non suivie de traitement spécifique.

EN RÉSUMÉ :

Ulcère de jambe, apparemment d'origine variqueuse. Mais : pupilles inégales, irrégulières, réagissant faiblement à la lumière. — Un enfant mort en bas âge — un autre enfant au sujet duquel on a pensé à l'hérédosyphilis pour des troubles nerveux.

Or, la P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=45$.

Nous n'avons pas revu cette malade dont la P.L. n'eût pas manqué d'être intéressante.

OBSERVATION XXVII

DOSSIER N° 70117, ASSAS

R. Maxime, 26 ans, inspecteur de la police judiciaire. —
Demande, le 18-2-32, une « prise de sang de sécurité ». Il déclare n'avoir jamais rien remarqué qui puisse lui faire suspecter la syphilis.

Depuis quelques mois il éprouve une tristesse continue, une crainte persistante et indéfinissable de l'avenir « un point d'interrogation au sujet de sa santé » qui parfois devient un véritable accès d'angoisse : il est alors pâle, couvert de sueur, la gorge serrée, redoutant quelque danger imminent, de l'inexistence duquel il se rend compte, mais dans la crainte duquel il est entretenu par quelques sensations plus nettes : une encéphalalgie vague, pesanteur dans la tête plus pénible que douleur vraie, nettement diurne, mais sans horaire précis, non influencée par les « cachets » ; une douleur générale et une pesanteur au creux épigastrique après les repas, vainement combattues par les spécialités antidyspeptiques.

Le sujet, intelligent, s'analyse parfaitement : il ne présente aucune inhibition psychique, aucun trouble de l'attention, ni de la mémoire, ni de l'affectivité. Son habitus est normal. Il assure un service relativement délicat à la satisfaction de ses chefs. Il mange solidement, ne boit guère, n'est pas constipé, dort bien, n'a pas reçu de choc émotif récent.

L'examen complet (peau, muqueuses, ganglions, appareil cardio-aortique, T.A., urines, réflexes, pupilles, testicules) est négatif au point de vue syphilis. Pas de dysarthrie, pas de tremblement, pas de passé pathologique.

EN RÉSUMÉ :

Préoccupations hypocondriaques et céphalées d'étiologie à déterminer chez un sujet paraissant bien portant.

La P.S. pratiquée donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=32$.

Le malade nous avoue alors avoir eu en 1928 une ulcération du frein qu'il avait « traitée par le mépris » et il paraît sincère en nous affirmant n'en avoir retrouvé la notion qu'en repassant dans sa pensée notre interrogatoire après la première consultation.

La P.L. devait montrer le 20-2-32 une légère hyperalbuminose : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=0$; Leucocytose $=2,6$; Albuminose $=0,35$.

OBSERVATION XXVIII

DOSSIER N° 70156, ASSAS

B. Louis, 30 ans, employé de commerce. — Arrive inquiet au dispensaire le 24-2-32. Il vient de constater, pour la première fois, la veille, en se couchant, la présence dans ses aines de petites « glandes » et il opère le rapprochement de ce fait avec l'apparition il y a un mois sur le fourreau d'une petite excoriation de la taille d'une lentille, rapidement recouverte d'une croûte et qui a guéri en une quinzaine de jours sous ses yeux attentifs.

« J'ai eu bien peur, dit-il, et j'étais bien décidé à aller consulter si cela s'était étendu, mais ça a guéri tout seul. »

Nous voyons en effet une petite cicatrice blanchâtre, souple, à peine creusée en godet à l'endroit indiqué — et nous trouvons dans les deux aines un chapelet de ganglions, tous de même taille et à peine hypertrophiés mais nettement indurés, roulant sous les doigts comme des pois secs. Nous ne trouvons pas ailleurs d'adénite appréciable et la rate n'est pas perceptible.

L'examen complet (peau et muqueuses — appareil cardio-aortique, T.A. et urines — testicules — réflexes et pupilles) et les commémoratifs, hormis ceux précédemment indiqués, sont négatifs au point de vue syphilitique.

EN RÉSUMÉ :

Micropolyadénopathie avec la notion d'une ulcération récente du fourreau.

La P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=47$.

Jusqu'ici cette observation est banale, mais la suite met en valeur admirablement toute l'utilité de la systématisation de la P.L., dès le début du traitement, toujours magistralement défendue par M. Vernes.

Suivant, en effet, la règle de l'Institut prophylactique, cette P.L. est pratiquée, malgré l'absence de signes nerveux cliniquement appréciables et malgré la notion d'infection récente qui semble établie. Elle donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=46$; Leucocytose=61; Albuminose=0,39.

Et, dès lors, cette hyperinfection du L.C.R. efface la notion de syphilis récente qui ressortait de l'interrogatoire et des constatations; il ne s'agit sans doute pas de la « réaction lymphocytaire banale des débuts de la période « secondaire » signalée par les auteurs; mais c'est probablement la signature d'une syphilis ignorée ancienne, qui devra être — et qui a effectivement été — traitée comme telle, jusqu'à guérison constatée par la mise en œuvre de la règle des huit mois.

OBSERVATION XXIX

DOSSIER N° 70217, ASSAS

R. Louis, 52 ans, manœuvre. — Nous est envoyé au dispensaire pour sérologie le 25-2-32 par un médecin de ville qui a constaté une insuffisance aortique à l'occasion d'une dyspnée d'effort qui dure depuis plusieurs semaines et a contraint le malade à interrompre son travail.

Il est d'ailleurs pâle, asthénique, et présente une certaine anorexie.

L'examen montre dans le VI^e espace un choc de la pointe intense et large. Il n'y a pas de galop.

L'auscultation révèle au foyer aortique un souffle diastolique intense, prolongé vers l'appendice xyphoïde et un souffle systolique plus rude propagé vers la clavicule droite.

T.A.=20 — 12 au Vaquez, donc nette élévation de la maxima et de la minima. L'aorte n'est pas accessible à la palpation rétrosternale. Les deux poulx à 88 sont également bondissants et durs. Les temporales sont flexueuses et battantes. L'urine est pâle, on y met en évidence des traces d'albumine.

Il n'y a ni prurit, ni somnolence, ni céphalée, ni épistaxis, ni œdème.

Les appareils pulmonaire et digestif sont indemnes.

La recherche de stigmates de spécificité (peau et muqueuse — ganglions — réflexes et pupilles — testicules) est négative.

Les commémoratifs ne font apparaître aucune notion de R.A.A., de scarlatine, ni de syphilis.

Le malade est marié : sa femme, en bonne santé apparente, a trois enfants, bien portants; deux autres sont morts à 3 ans et 8 ans, de méningite et de broncho-pneumonie; pas de F.C.

EN RÉSUMÉ :

Maladie de Hogdson avec participation rénale sans étiologie apparente.

Or, la P.S. donne : d'une part, urée sanguine = 0 gr. 68 par litre, précisant l'existence d'une néphrite chronique azotémique. De plus, R. de Vernes au péréthynol D^{Ph} = 95.

Nous avons restitué ce malade à son médecin et n'avons pas même pu suivre les effets du traitement qui n'a pas manqué d'être institué.

OBSERVATION XXX

DOSSIER N° 70238, ASSAS

L'O.P.H.S. nous adresse, le 27-2-32, pour réaction de Vernes à la résorcine, *D. Jeanne, 39 ans, soudeuse*, qui vient d'avoir, il y a un mois, une congestion pulmonaire avec point de côté, dyspnée, fièvre à 39° durant quatre à cinq jours, expectoration striée de sang et toux.

Tout semble rentré dans l'ordre : la température est retombée à la normale, la toux est rare. L'auscultation montre la persistance de quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons, l'état général présente un certain degré d'asthénie et d'anémie.

L'examen (peau et muqueuse, ganglions, système cardio-aortique, T.A. et urines, réflexes et pupilles) et les commémoratifs, semblent exclure la notion de syphilis. Pourtant, cette femme a un enfant de sept ans bien portant, n'a pas fait de F.C., mais un autre enfant est mort, il y a quatre ans, à 7 mois, « étouffé » dans son berceau... c'est-à-dire, classiquement, de broncho-pneumonie foudroyante.

EN RÉSUMÉ :

Convalescence un peu traînante à la suite d'une congestion pulmonaire — un enfant mort en bas âge.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=17$, mais aussi : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=124$.

Nous avons transmis ces résultats à l'O.P.H.S.

OBSERVATION XXXI

DOSSIER N° 70240, ASSAS

H. Anne-Marie, 27 ans. — Accompagne le 29-2-32 son mari, *H. Pierre, 30 ans*, qui est venu consulter une semaine plus tôt, le 22-2-32 (dossier n° 70167), pour des plaques muqueuses siégeant sur la face interne des joues, la langue, et le voile, adénopathie cervicale et inguinale; on lui a trouvé un Vernes au péréthynol $D_{Ph}=50$.

Cette femme se plaint d'un gros « rhume » traînant depuis deux mois. La toux a actuellement diminué de fréquence et n'a pas du tout un caractère quinteux, mais la malade, pâle et un peu amaigrie, se plaint de fatigue généralisée, d'un malaise vague, d'asthénie, d'inappétence : elle « n'est pas dans son assiette ».

A l'examen on note une rougeur diffuse du pharynx, une augmentation de la sonorité avec diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, quelques gros rhonchus expiratoires disséminés dans les deux poumons.

L'examen au point de vue syphilis (peau et muqueuses, ganglions et rate, appareil cardio-aortique, T.A., urines, réflexes et pupilles), l'interrogatoire (ni accident cutano-muqueux, ni céphalée, ni alopétie) sont négatifs.

EN RÉSUMÉ :

Bronchite traînante et asthénie, c'est-à-dire le tableau d'un début de bacillose, chez une femme dont le mari est atteint de syphilis récente avérée.

La P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=22$; au péréthynol $D^{Ph}=100$.

La P.L. est normale.

Dans cette observation de syphilis récente, uniquement dépistée grâce à la P.S., nous assistons une fois de plus à l'entrée insidieuse dans la syphilis ignorée.

OBSERVATION XXXII

DOSSIER N° 70241, ASSAS

J. Gaston, 30 ans, garçon de café. — Vient consulter le 27-2-32 pour des encéphalalgies fréquentes, intenses, ponctives, qui sans horaire net l'assaillent, parfois dès le réveil, et peuvent se prolonger tard dans la nuit, causant des insomnies pénibles. Le malade est fatigué, il aurait maigri ces derniers mois, son teint est plombé.

Il n'a jamais constaté d'accident cutanéomuqueux imputable à la syphilis. Cependant, en 1928, malgré une P.S. « négative », sa femme venant d'avoir à l'hôpital un accouchement prématuré avec fœtus mort de 6 mois, on lui a fait « sans qu'il y comprenne quelque chose » une série de 914 — une seule.

Un an après sa femme a mis au monde, après traitement durant la grossesse, une fille, aujourd'hui âgée de 3 ans et bien portante.

L'examen de la peau et des muqueuses, des ganglions — de l'appareil cardio-aortique, de la T.A., des urines — des testicules, est normal. Les réflexes rotuliens, achilléens, radiaux, fonctionnent, mais on note une inégalité pupillaire OD > OG. Les pupilles sont régulières, réagissant à l'accommodation, mais paresseusement à la lumière. Il n'y a pas de commémoratifs autres que ceux plus haut cités.

La prise de sang donne R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=0$.

Mais la P.L., pratiquée le 8-3-32, est nettement pathologique en tous ses éléments : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=45$; Leucocytose=65,2; Albuminose=0,63.

Ce malade a été en peu de temps amélioré, en particulier les céphalées ont rapidement cédé au traitement, que pourtant il suit encore et — nous insistons sur ce fait — il le suit régulièrement, bien que la méthode de Vernes ne comportant pas de période de repos soit particulièrement astreignante.

Nous n'avons pas hésité à faire figurer l'histoire de ce malade parmi les observations de syphilis ignorée. Certes, il a été déclaré syphilitique et traité comme tel, mais nous pensons que le mot « dépistage » comporte plus qu'une pétition de principe, même appuyée sur des accidents cliniques mis en évidence chez les descendants. La collation des faits doit être l'idéal qu'il faut au moins tenter de toujours atteindre. — Cela n'a pas été fait.

Probablement notre travail a-t-il été facilité par l'âge plus grand de la maladie et — nous nous croyons en droit de le dire — par la réactivation arsénicale thérapeutique; mais peut-être à cette époque aurait-on pu faire une P.L., procéder à une réactivation diagnostique, faire ainsi la preuve de la syphilis et épargner, au moins, à ce sujet docile, plusieurs années de maladie.

OBSERVATION XXXIII

DOSSIER N° 70274, ASSAS

F. Louise, 51 ans. — Nous est adressée le 1-3-32 pour sérologie par un service de l'hôpital Necker, où elle est en traitement pour une cholécystite chronique avec sensation de tension dans l'hypocondre droit, et antécédents de colique hépatique. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et l'on sent sur son bord inférieur une zone douloureuse, empâtée, mal limitée.

Elle est très amaigrie (23 kilos, paraît-il, depuis 1929), fatiguée et anémiée, inapte à tout travail, conséquence d'une dyspepsie à douleurs tardives avec nausées à prédominance nocturne.

L'examen (peau et muqueuses — ganglions — appareil cardio-vasculaire — T.A. et urines — réflexes et pupilles) n'apporte aucun indice de syphilis. Par contre, le mari serait mort tabétique à 45 ans, en 1918, et quatre grossesses se sont traduites successivement par : deux F.C., un enfant né à terme mort à 10 semaines de « choléra infantile »; enfin une fille, actuellement âgée de 30 ans (dossier n° 70293), chétive et malingre, atteinte de maladie de Durozier typique, à forme pseudo-chlorotique, dont la P.S. sera d'ailleurs ultérieurement normale.

EN RÉSUMÉ :

Amaigrissement lié à une cholécystite chronique chez une femme apparemment indemne de syphilis, mais dont le conjoint et la descendance paraissent fort suspects.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=68$ ultérieurement confirmée au début du traitement.

La P.L. est normale.

OBSERVATON XXXIV

DOSSIER N° 70294, ASSAS

R. Madeleine, 32 ans, fille de salle. — Nous est adressée pour sérologie, le 2-3-32, par un dispensaire de la Croix-Rouge où elle est allée consulter, se plaignant de « glandes » dans le cou et d'une « grosseur » à l'aine. En fait, nous trouvons un double chapelet de ganglions, rétro-cervicaux augmentés de volume, et de consistance ferme, mais non indurés.

La chaîne carotidienne présente les mêmes caractères en quelques-uns de ses éléments. Il n'y a pas d'adénite axillaire ni épitrochléenne.

Les ganglions de l'aine droite ne présentent rien de spécial, mais on note à gauche, au-dessous de l'arcade de Fallope, la présence d'une masse de la grosseur d'une mandarine, recouverte d'une peau violacée et adhérente, de consistance uniformément rénitente, évoluant depuis un an malgré tous les essais de traitement local par pommades.

L'état général est satisfaisant, les poumons sont en bon état.

L'examen (peau et muqueuses — appareil cardio-vasculaire, T.A. et urines — réflexes et pupilles), les commémoratifs, n'orientent en rien le diagnostic vers la spécificité.

La malade, célibataire, n'a eu ni enfants ni F.C.

EN RÉSUMÉ :

Cliniquement, on pense à un lymphadénome aleucémique ou mieux une pseudo-lymphadénie tuberculeuse de Sabrazes.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=126$; à la résorcine $D^{Ph}=22$.

La numération globulaire et la formule leucocytaire sont normales ainsi que la P.L. pratiquée quelques jours après.

Cette malade, qui présente une certaine résistance au traitement le suit encore régulièrement.

OBSERVATION XXXV

DOSSIER N° 70384, ASSAS

S. Louis, 37 ans, électricien. — Vient consulter le 8-3-32 pour un affaiblissement intellectuel progressif. : « il baisse ». C'est en effet une loque au teint plombé, au visage fatigué et immobile, à l'attitude harassée qui, d'une voix hésitante, traînante, embarrassée, avec des achoppements de syllabes, nous raconte que depuis plusieurs mois il ne peut plus effectuer les mouvements délicats que nécessite son travail, lequel lui est d'ailleurs devenu pénible, et qu'il n'exécute plus qu'avec lenteur. Il a parfois des distractions, l'attention est fatiguée, la mémoire lente et diminuée. De tout cela, dont il se rend compte, il est, dit-il, profondément affligé, sombre, inquiet.

Pourtant, il deviendra en un instant d'une façon in-
tarissable de vieux poivrot vultueux et ravigoté sur le sujet de la dernière guerre, abordé au hasard de la conversation.

L'examen du système nerveux nous montre des réflexes achilléens et rotuliens abolis, des radiaux vifs. Les pupilles, non déformées, sont toutes deux en myosis plus prononcé à gauche : **elles ne** réagissent plus à la lumière, à peine à l'accommodation et à la **douleur**. Il n'y a pas de Romberg, mais l'incoordination se manifeste **dans les** mouvements précis. L'écriture est irrégulière et tremblée, la langue présente des mouvements de trombone et un tremblement vermiculaire.

La peau et les muqueuses, les ganglions, le système car-

dio-aortique, la T.A. et les urines, les testicules, ne présentent pas de stigmate de syphilis. Le malade se souvient « d'avoir eu autrefois du mal à la verge », sans autre précision, et il ne s'est jamais fait traiter...

Il est marié et sa femme, en apparence bien portante, a une fille âgée de 11 ans, également en bonne santé apparente, et n'a jamais fait de F.C.

EN RÉSUMÉ :

P.G.P. avec quelques signes de la série tabétique.

La P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=0$, mais la P.L., pratiquée le 10-3-32, est pathologique en tous ses éléments : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=55$; Leucocytose=14,4; Albuminose=0,53.

Après un essai peu encourageant de traitement par la tryparsamide, qui constitue un des rares échecs de cette médication à l'Institut prophylactique¹, nous avons dirigé ce malade sur l'hôpital Henri-Rouselle pour impaludation en juin 1933.

1. Guillaïn et Girof. « Etude thérapeutique sur la tryparsamide de l'Institut Rockefeller », in *Bull. de l'Acad. de Médecine*, tome XCII, N° 28, p. 850, séance du 8/2/24.

Gougerot. « Traitement des syphilis nerveuses », in *Arch. de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Saint-Louis*. Fasc. III, sept. 1932, p. 340.

Weintraub. « Le traitement de la syphilis nerveuse ». *Thèse de Paris*, 1933 (dans les services de l'Institut Prophylactique).

OBSERVATION XXXVI

DOSSIER N° 70385, ASSAS

V. Marix, 30, gérant de Sociétés. — Se plaint à nous, le 9-8-32, d'une fatigue générale, d'une lassitude extrême qui l'accable dès le matin au réveil, lui « rompt les membres », lui « maçonne le dos et les reins » et lui « encartonne le front et les paupières ».

De plus, il présente depuis quelques jours, sur le prépuce, une petite ulcération à base souple, recouverte d'enduit blanchâtre, à bords micropolycycliques marqués d'un liseré rouge, apparue après un stade prurigineux de vésicules en bouquet : cette éruption récidive fréquemment depuis quelques mois. Enfin notre homme tend à établir — prudence à retardement! — une relation entre ces accidents et l'état de « son amie » dont le B.W. est « positif à quatre croix depuis deux ans mais qui se soigne... ».

Le malade a fait un séjour de huit mois dans un préventorium et nous notons effectivement un peu d'obscurité respiratoire et quelques frottements au sommet gauche. Il tousse un peu mais ne crache pas. Il est pâle, un peu plombé et maigre, mais, lors des pesées régulières qu'il s'impose, il n'a pas constaté d'amaigrissement récent.

La peau et les muqueuses ne présentent aucun stigmate de syphilis. Dans l'aîne droite on trouve un chapelet de ganglions volumineux, durs, roulants sous le doigt, « indolores ». Les autres ganglions et la rate sont normaux. Nor-

maux également le système cardio-aortique, la T.A. et les urines, les réflexes et les pupilles, les testicules.

EN RÉSUMÉ :

D'une part, un état pulmonaire à préciser et à surveiller. D'autre part, herpès génital récidivant et adénopathie inguinale suspecte chez un sujet dont la partenaire habituelle est entachée de syphilis connue.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=85$; R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=118$.

Le haut chiffre fourni par la réaction à la résorcine pourrait nous induire¹ à penser à une syphilis *incipiens* à chancre herpétiforme, et cette observation n'aurait alors plus sa place sous la rubrique « syphilis ignorée » telle que nous l'avons définie.

Mais l'herpès est typique, le poumon nous apparaissait suspect. Enfin la P.L. pratiquée le 22-9-32 donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=0$; Leucocytose=30,1; Albuminose=0,43, soit une réaction albumino-cytologique rarissime à la période du chancre.

1. A. Pecker. Th. de Paris, 1928, chez Jouve.

OBSERVATION XXXVII

DOSSIER N° 70402, ASSAS

P. Angèle, 19 ans, vendeuse. — Nous montre le 11-3-32 un placard maculaire, arrondi de 30 m/m de diamètre environ, violacé, à tégument légèrement atrophique, empâté, envahissant le derme et l'hypoderme, indolore et non anesthésique, apparu insidieusement depuis un mois au-dessus de la malléole interne d'une jambe gauche acrocyanotique et souvent lourde et douloureuse en fin de journée.

La malade est pâle, un peu bouffie, fatiguée, chétive, type scrofulo-lymphatique.

Elle présente çà et là aux aines, aux aisselles, au cou, quelques petits ganglions sans caractère net. Quelques rhonchus dans les deux poumons sont les témoins de « sa » bronchite de chaque hiver. Elle ne prend pas de médicaments.

L'examen (peau et muqueuses — appareil cardio-aortique, T.A. et urines — squelette — réflexes et pupilles) et les antécédents personnels et héréditaires n'apportent aucune notion de syphilis ou de l'hérédo-syphilis.

EN RÉSUMÉ :

Erythème induré de Bazin probable.

Or, la P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=20$;
au péréthynol $D^{Ph}=16$, chiffre qui est confirmé par un
nouvel examen avant de la mettre au traitement.

La P.L. est normale — la lésion régresse dès les pre-
mières injections mercurielles et bismuthiques.

OBSERVATION XXXVIII

DOSSIER N° 70439, ASSAS

C. Mathilde, 42 ans. — Vient au dispensaire le 15-3-32, sur les conseils de son oculiste, pour une « baisse de la vue » récente et progressive avec vue trouble. L'acuité est actuellement OD=6/10, OG=5/10.

Il semble à un examen non spécialisé qu'il y ait ni scotome ni rétrécissement du champ visuel, même aux couleurs, mais on met en évidence une diplopie non signalée par la malade.

Il n'y a pas de paralysie oculaire. Les pupilles, de dimensions normales, sont égales, régulières et réagissent correctement à la lumière et à l'accommodation. L'ophtalmoscope montre une pupille de contours nets sans atrophie ni stase papillaire.

L'examen (peau et muqueuses — ganglions — appareil cardio-aortique, T.A. et urines — réflexes) ne montre aucun stigmate de syphilis. Les commémoratifs n'en apportent pas non plus la notion : mariée depuis vingt ans la malade n'a eu ni enfants ni F.C.

EN RÉSUMÉ :

Diminution progressive de l'acuité visuelle et diplopie.

La P.S. donne : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=16$, et la P.L., pratiquée le 23-3-32, se révèle pathologique en tous ses éléments : R. de Vernes au péréthynol $D^{Ph}=95$; Leucocytose=88,7; Albuminose=0,52.

Cette malade, très améliorée, est encore en traitement.

OBSERVATION XXXIX

DOSSIER N° 70455, ASSAS

P. Marie, 23 ans, fille de salle. — Nous est adressée pour réaction de Vernes à la résorcine, le 15-3-32, par un dispensaire de l'O. P. H. S., où elle est allée consulter pour une bronchite récidivante et une laryngite persistant depuis deux mois.

La voix est enrouée, voilée; phonation et déglutition sont pénibles sinon douloureuses. Les changements de position amènent des quintes pénibles de toux grasse, accompagnées d'expectoration muco-pulente grisâtre.

L'examen local ne montre rien d'autre avec des amygdales un peu hypertrophiées, qu'une rougeur diffuse de toute l'arrière-gorge.

On note la présence de quelques ganglions inflammatoires cervicaux et sous-angulo-maxillaires. L'auscultation ne révèle que quelques râles muqueux et sibilants disséminés dans les deux poumons, surtout à droite.

L'examen (peau et muqueuses — ganglions — appareil cardio-aortique, T.A. et urines — réflexes et pupilles), l'interrogatoire, n'apportent aucune suspicion de syphilis.

Irrégulièrement réglée depuis quelques mois, la malade n'a eu ni enfants ni F.C.

EN RÉSUMÉ :

Poussées récidivantes de bronchite et laryngite aiguës.

Mais la P.S. donne : R. de Vernes à la résorcine $D^{Ph}=19$; au péréthynol $D^{Ph}=51$, chiffre ultérieurement confirmé durant le traitement.



Résumé en Tableau des Observations de Syphilis ignorées.

Les chiffres soulignés désignent les formes
les lettres V A et E respectivement les
Nord Africains et les Etrangers.

[illegible]

Tableau de l'activité générale de l'Institut Prophylactique.

[illegible]

Tableau des affections autres que la Syphilis,

[illegible]

QUATRIEME PARTIE

CONSIDERATIONS SUR CES OBSERVATIONS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES STATISTIQUES

Nous trouvons en gros d'après les tableaux ci-dessus :

24 syphilis ignorées à Clichy sur 316 malades venus pour d'autres affections;

17 syphilis ignorées à Assas sur 345 malades venus pour d'autres affections;

Soit 41 syphilis ignorées au total sur 661 malades venus pour d'autres affections, donc 6,2 %.

Recherchons les causes d'erreur que renferment ces chiffres.

I. — Une première réside dans ce fait que, parmi ces syphilitiques, 13 malades sur 24 à Clichy, 5 ma-

lades sur 17 à Assas ont été adressés à l'Institut Prophylactique par d'autres services, donc paraissent *a priori* avoir été soupçonnés de syphilis.

Mais ce n'est pas tout à fait exact, car plusieurs d'entre eux étaient envoyés seulement pour réaction de Vernes à la résorcine : c'est le cas de 5 d'entre eux à Clichy, de 3 d'entre eux à Assas.

II. — Seconde cause d'erreur : « *Syphiliticus mendax* », vieil adage dont nous avons souligné déjà toute la valeur.

Le syphilitique ment au dispensaire et cache son affection :

Soit par habitude, par conservation vis-à-vis du médecin de l'attitude que les mœurs l'ont obligé à prendre dès le début de sa maladie envers tous, à commencer par ses plus proches;

Soit par respect humain, croyant ainsi élever, malgré tout, quelque doute moral dans l'esprit du médecin;

Soit pour éviter l'aveu de s'être mal soigné et d'avoir essaimé sa vérole;

Soit pour se rendre intéressant, se poser en victime auprès du médecin et de lui-même, lui qui se juge au fond en proie à une « maladie honteuse »;

Soit pour cacher qu'il a quitté un autre dispensaire dans des conditions ou pour des causes qu'il ne tient

pas à préciser, — ou parce qu'il désire contrôler des résultats ailleurs obtenus;

Soit enfin parce qu'il vient chercher seulement un document objectif, un examen de sécurité qui, croit-il, le renseignera suffisamment à lui seul sur son état présent.

Chiffrer cette cause d'erreur est proprement impossible : à peine peut-on s'en faire une timide idée d'après le nombre des malades qui disparaissent dès que connus les résultats des réactions pratiquées sur eux, — 10 sur 41, soit le quart. Mais bien d'autres causes, surtout en temps de crise économique, peuvent venir jouer en ce sens..., à commencer par l'incompréhension humaine.

III. — A côté de ces causes d'erreur « en plus », il y a dans notre statistique une grave cause d'erreur « en moins ».

Alors que l'on s'accorde, en effet, sur la fréquence deux fois plus grande en moyenne chez la femme que chez l'homme de la syphilis ignorée, nous n'avons que :

37 % de femmes sur l'ensemble des consultants à Assas;

18 % de femmes sur l'ensemble des consultants à Clichy;

Soit 28,5 % de femmes sur l'ensemble des consultants, en moyenne.

IV. — Considérons donc comme à peu près exacte la moyenne de 6,2 % de syphilis ignorées, dépistées au dispensaire par la méthode de Vernes.

*
**

I. — Constatons immédiatement que c'est là sensiblement le chiffre (rapporté p. 30 en note) que Blachko trouve à Berlin, en mettant en œuvre tous les moyens dont dispose la sérologie allemande.

Nous ne désirons certes pas instituer une discussion sur la sensibilité comparée des réactions dites de déviation du complément, type Wassermann, ou de flocculation, type Kahn, avec la réaction de Vernes : nous ne nous sentons pas assez de poids pour entrer dans un débat où ont pris position des maîtres tels que MM. Jacob Lortat¹ et Brocq², pour ne citer que des noms de disparus qui règnent encore sur nous⁶.

1. Lortat Jacob et Legrain. Communic. à la « Sté Médic. des Hôp. de Paris » du 16/2/23.

2. L. Brocq. « Est-il exact que la méthode sérologique de M. le Dr Vernes soit moins sensible que le Bordet Wassermann, simples constatations. » Paris, 1924, chez Masson et *Presse Médicale*, n°s 42 et 44 des 24 et 31/5/23.

6. In Jeanselme, « Traité de la syphilis », tome II (Paris, 1930, chez Doin), p. 566, cette appréciation de Demanche : « Nous avons déjà insisté sur cet avantage considérable de la méthode de Vernes — (les résultats constants et concordants). — Elle en possède un second par l'étendue de son champ d'observation, principalement dans la zone de positivité. En effet, tandis que les méthodes de flocculation indirecte ne peuvent plus établir aucune différenciation entre les sérums à partir du stade d'empêchement complet (H°) et les englobent tous sous la dénomination « positif total », la réaction de Vernes, pour laquelle ce stade correspond à la division 20 ou 25 de l'échelle, permet encore de distinguer, parmi les sé-

Nous noterons simplement qu'il serait, — M. le D^r Vernes l'a écrit en toutes lettres, — facile d'accroître ou de diminuer la sensibilité de la réaction au péréthynol en faisant varier soit l'ensemble, soit un seul des éléments physico-chimiques qui en sont la base, mais que l'on délaissierait ainsi « l'optimum clinique », la ligne de partage de ces deux domaines : syphilis et non-syphilis, car sensibilité et spécificité varient en sens inverse; « en augmentant trop la sensibilité de la réaction, on peut obtenir le même trouble avec les sérums normaux ». Et ce qui fait justement la valeur de la réaction de Vernes, c'est que chaque chiffre a une signification à la fois qualitative du pourcentage de chances de spécificité et quantitative de la densité de cette infection spécifique : la clinique est par elle « libérée et reprend tous ses droits et toute son importance ».

Nous insistons sur le jugement que porte M. Ravaut³ à propos de la R. de Vernes au péréthynol, dans

rumes positifs, toute une série de degrés dans l'intensité de la réaction. Il en est de même pour les notations basses, si l'on admet qu'elles expriment depuis 6, qui représente pour nous le seuil de la positivité partielle, jusqu'à 0, des probabilités de plus en plus faibles en faveur de la syphilis, probabilités que néglige la dénomination globale de « négatif ». Il est donc possible d'établir pour chaque malade une courbe sérologique; toutes les autres méthodes de sero diagnostic tentent d'ailleurs de le faire par la combinaison des + et des —. La méthode de Vernes offre sur elles l'incontestable avantage de donner aux tracés une précision et une étendue beaucoup plus grande : elle est vraiment la seule méthode pratique de sérologie quantitative. »

3. P. Ravaut. « Une nouvelle syphilis nerveuse », p. 35. Paris, 1934, chez Masson.

le L. C. R.: « Elle offre l'avantage d'être standardisée et d'éviter tout coefficient d'appréciation individuelle. »

Nous apportons seulement des résultats (et en dehors d'une comparaison stricte des mêmes sérums dans les mêmes conditions — et des mêmes malades — examinés simultanément selon la méthode classique et la méthode de Vernes, c'est tout ce que nous pouvions faire), et ces résultats montrent, que toute satisfaction de l'esprit mise à part, la méthode de Vernes obtient de magnifiques résultats pratiques.

II. — Encore n'avons-nous pas, dans les dossiers que nous avons étudiés, retrouvé de syphilis mise en évidence grâce au contrôle des huit mois dont la mise en œuvre est pratiquement malaisée. Et pourtant, les occasions d'y avoir recours sont fréquentes : 7 de nos malades qui figurent dans nos tableaux sous la rubrique « syphilis douteuse⁴ », ont subi à leur avantage la P.S., la P.L., mais un doute subsistant, le médecin leur a proposé en vain « le troisième degré du démasquage » — jalon et contrôle des huit mois — qui constitue, pour M. le Prof. Gougerot⁵, « *un des meilleurs*

4. Les autres « syphilis douteuses » affèrent à des malades dont le degré photométrique oscille dans le sang entre 0 et 3, mais qui n'ont pas été revus ou qui n'ont pas voulu subir la P.L. malgré des antécédents suspects. Des exemples frappants figurent Obs. II/338, Obs. XXIII/70.004.

5. M. le Prof. Gougerot, in cours du vendredi 8/12/33, à la clinique de l'hôpital Saint-Louis. « Synthèse des traitements actuels de syphilis » en conclusion d'une série de conférences qui avaient réuni MM. Chevallier, Louste, Milian, Nicolas (de Lyon), Ravaut, Sezary, Spillman (de Nancy), Touraine et Vernes.

parmi les critères actuels de guérison de la syphilis ».

III. — Le simple fait d'écrire notre thèse sur le dépistage des syphilis méconnues par la méthode de Vernes, témoigne que nous tendons intimement à éliminer de la phrase ci-dessus rapportée les mots « un... parmi les meilleurs », pour écrire simplement : « La méthode de Vernes fournit le meilleur des critères actuels... »

Mais il est deux points sur lesquels nous tenons à préciser notre pensée :

D'abord, nous croyons qu'un sujet pour lequel la présomption de syphilis aura été telle qu'elle ait motivé une « mise en contrôle », devra, la syphilis étant mise hors de cause, être, tout comme nos syphilitiques guéris, soumis au contrôle syphilimétrique sans limitation de durée (ce qui lui assurera à lui-même toute garantie), et ce qui étatera d'un nouveau dossier l'édifice magnifique de la syphilimétrie.

Et puis, nous insistons sur le mot « actuel » contenu dans la proposition de M. le Prof. Gougerot : c'est que la réaction au péréthynol s'appuie sur l'hyperformation transitoire, dans le sérum syphilitique, d'un précipité qui n'est spécifique de la syphilis que par son intensité... et sous les modalités, les noms, les théories les plus diverses, toutes nos réactions se ramènent à cela : malgré qu'elles soient satisfaisantes en pratique,

et parmi elles la réaction de Vernes, très satisfaisante, notre esprit scientifique espère la découverte d'une réaction qualitativement spécifique, d'une réaction où le tréponème aurait le dernier mot.



LE PUBLIC ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

C'est là une tête de chapitre qui pourrait, certes, et plus méthodiquement peut-être, trouver sa place parmi les considérations sociales que nous développons tout à la fin de ce travail : pourtant l'accueil que le public fait au dépistage conditionnant l'efficacité de celui-ci, nous croyons qu'elle est plus cliniquement à sa place dès maintenant.

I. — Considérons d'abord qu'un seul (dos. 401) parmi les 1.000 malades « entrants » dont nous avons relevé des dossiers, est parti sans accepter la prise de sang : encore s'agissait-il d'un homme que sa femme, récemment reconnue syphilitique, nous amenait, et qui, son dossier établi, s'est esquivé... de sorte que l'on peut bien croire que la prise de sang était superflue pour le fixer sur son état.

La conclusion s'impose : grâce à un effort magnifique de propagande inlassablement poursuivi, sur les données mêmes de Fournier, par la Direction de Prophylaxie antivénérienne du Ministère de l'Hygiène et son chef, M. le D^r Cavaillon ; par la Société Française de Prophylaxie sanitaire et morale et son chef, M. le

Prof. Gougerot; par la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien et ses chefs, MM. les D^r Milian et Sicard de Plauzolles; par l'Institut Prophylactique et le Comité d'Abolition de la Syphilis et leur animateur, M. le D^r Vernes, un résultat est acquis : le public accepte la prise de sang « isolée » dont les affiches, les tracts, les revues, les journaux, les conférences, la T.S.F. (innovation récente due à l'initiative de M. le Prof. Gougerot), ont vulgarisé l'idée, et dont les hôpitaux et les dispensaires ont démontré pratiquement l'inocuité à la masse.

II. — Mais les examens de sang « en série » nécessaires pour établir les courbes sérologiques (en cas de faible degré photométrique ou de jalon), sont déjà d'application plus difficile, dans les agglomérations ouvrières et en période de crise économique surtout : le temps de repos du travailleur est trop court, il doit se déplacer pour trouver de l'embauche, il ne comprend pas toujours encore leur nécessité, il a peur enfin que l'on « ne lui prenne tout son sang ».

Un premier effort de propagande doit donc être entrepris sans délai pour montrer au public l'utilité, en certains cas, et l'inocuité des prises de sang répétées.

III. — Nous avons vu plus haut que sept seulement des malades étiquetés « syphilitiques douteux » ont

accepté de se soumettre à la ponction lombaire, et parmi ceux-là mêmes pour qui la syphilis a été dépistée dans le sang avec certitude, il en est trop encore (compte tenu de ceux qui nous étaient envoyés par un confrère ou un organisme de la ville, qui ne demandait que sérologie sanguine) qui fuient ce mode d'investigation : les mêmes causes dont nous parlions plus haut se retrouvent ici aggravées de ce fait que nous demandons au malade de prévoir, par prudence, une immobilisation de 48 heures, et surtout de cet autre que « la ponction lombaire a mauvaise réputation ».

Et pourtant, sa bénignité n'est plus à démontrer : les tumeurs cérébrales qui ont causé quelques rarissimes accidents de décompression, ne vont guère sans céphalées, vertiges, vomissements, convulsions, qui éveillent l'attention et trouvent leur signature dans l'examen ophtalmologique pratiqué, on l'a vu, durant que s'effectue le travail de laboratoire sur la prise de sang. Quant à la céphalée et aux vomissements si redoutés des malades, et d'ailleurs atténués par l'emploi des aiguilles fines de M. le D^r Vernes, ils seront facilement combattus grâce au strict maintien, durant le temps nécessaire, du décubitus horizontal d'une part, et, d'autre part, grâce aux lavements de $\text{SO}^4 \text{Mg}$ à 300 pour 1.000, ou à la théobromine à dose fractionnée (3 cachets de 0 gr. 25 *pro die* en surveillant le résultat), selon la technique de M. le Prof. Guillaïn, ou grâce à l'injection quotidienne intraveineuse de

20 à 30 cm³ d'eau bidistillée et aux bromures⁷, selon la technique de l'Institut Prophylactique.

L'on peut d'ailleurs penser que, d'ici peu, la pratique de la sous-occipitocentèse⁷ se sera suffisamment vulgarisée pour pouvoir faire sans danger bénéficier nos malades de ses avantages d'indolence et de lever précoce.

Quoiqu'il en soit, un second effort de propagande doit être entrepris pour instruire le public de la nécessité de la ponction lombaire, pour lui montrer que la plus large part de gravité de la syphilis réside dans l'infection de l'étage méningé et ne se peut dépister que par l'examen du « liquide nerveux », pour le pénétrer enfin de cette vérité que les soins post-opératoires (et c'est pourquoi nous avons quelque peu insisté sur eux), et en premier lieu le décubitus horizontal, le mettront le plus souvent à l'abri des petites misères qu'elle occasionne.

8. Sedobrol, ou la formule suivante, obligeamment communiquée par M. le D^r Machtou, chef du service de la consultation à l'Institut prophylactique, bromure de potassium, 5 gr. sirop d'éther 20 gr. Julep gommeux qsp. 150 cm³, par cuil. à soupe, de 3 en 3 heures.

7. Ravaut, Richon et Bocage, « la sous-occipito centèse en syphiligraphie », in *La Vie Médicale* du 25/1/33.

« LA SYPHILIS AUX SYPHILIGRAPHERS ! »

Récapitulons :

Un chancre est traité localement en 1904 par un médecin de médecine générale. La syphilis méconnue dont c'est l'accident primitif donne, 25 ans après, des douleurs angineuses. (Obs. III/358.)

Une femme entre, en 1930, dans un service de psychiatrie pour troubles psychiques : durant plusieurs mois, on flaire la syphilis : P.S. et P.L. négatives. Deux ans plus tard, la maladie qu'une provocation suivie de contrôle eût extériorisée, donne une paralysie oculaire. (Obs. XV/1205.)

Une arthrite de l'épaule tombe, en 1922, entre les mains d'un médecin de médecine générale; reconnue spécifique, elle est traitée et guérie comme telle... insuffisamment: récidive 10 ans après. (Obs. XX/1335.)

Un hérédo naît et meurt. Dans le service d'accouchement où le drame s'est passé, on veut que le prochain enfant soit indemne; on traite le père : sans sérologie, on ne lui fait qu'une série d'arsenic, qui le met, quatre ans après, à deux doigts de la paralysie générale. (Obs. XXXII/70.241.)

Le seul titre de ce paragraphe servira de commentaire.

Corollaire à cette proposition : le syphiligraphe aura soin d'éviter les mêmes reproches en s'entourant des avis éclairés de ses confrères spécialisés ou non, — nous l'avons déjà souligné.



LA SYPHILIS IGNORÉE CONJUGALE

Nous étudierons sous ce titre la syphilis qui frappe le mari et la femme conjointement sans nous préoccuper, ce qui est difficile, de remonter à la source de la contagion. Nous associerons même à la syphilis du mariage, celle du concubinage, non pour donner dans un travers des temps présents — qui tente de plus en plus à assimiler l' « amie » à l'épouse — mais pour tirer de l'identité fonctionnelle, sinon morale, des situations, des conclusions médicales bivalentes.

Ceci dit, nous avons réuni 9 cas de syphilis ignorée conjugale : dos. V/485, VII/413, XIII/485, XVIII/1245, XXII/1395, XXV/70.034, XXXI/70.240, XXXII/70.241, XXXVI/70.385, pour lesquels la connaissance de la syphilis du conjoint a été le point de départ du dépistage.

Dans un autre cas (dos. XXXIII/70.274), le tabes (?) du mari n'avait, quatorze années durant, provoqué aucun examen spécial chez la femme.

Dans un autre cas (dos. XXIII/70.005), la femme a été reconnue syphilitique mais on n'a, quelque doute que l'on en eût, pu faire les examens nécessaires à la mise en évidence de la syphilis probable du mari.

**

Ainsi, 21,9 % au moins des cas de syphilis ignorée que nous avons relevés, sont le fruit de la recherche systématique de la syphilis chez le conjoint d'un syphilitique avéré.

La conclusion s'impose pour nous formelle: il faut, en ce cas, pratiquer chez celui des deux qui est réputé sain, des examens cliniques et sérologiques rapprochés, tous les mois, afin de dépister la syphilis qui se cache, et parfois même assister à son éclosion. (Obs. XIII/485.) *Il faut surtout, lorsque cette surveillance s'est avérée infructueuse durant le traitement du malade, les soumettre tous deux, à la fin de celui-ci, à un jalon arsenical et à un contrôle simultanés des 8 mois pour éviter toute surprise ultérieure chez l'un et l'autre.*



SYPHILIS IGNORÉE ET NATALITÉ

Fournier⁹ a magnifiquement noté les troubles que la vérole apporte au fonctionnement de l'appareil génital de la femme :

Il décrit d'abord la leucorrhée — une leucorrhée « stérile », peu contagieuse, — les névralgies utérines, les troubles menstruels : retards des règles, irrégularité, appauvrissement, suppression même; l'une de ses malades n'avait-elle pas « passé quinze mois de sa vérole à se croire enceinte à tout moment ».

Et il en arrive à la grossesse : « La grossesse complique la vérole... d'où grossesse pénible, accidentée, laborieuse, douloureuse, féconde en troubles locaux ou généraux... Aussi est-il fréquent, très fréquent, que, tourmentée de la sorte, la grossesse ne se continue pas, n'arrive pas à son terme, c'est-à-dire aboutisse soit à l'accouchement prématuré, soit surtout à l'avortement... Dans les salles de Lourcine, l'avortement est pour ainsi dire à l'ordre du jour d'une façon permanente. »

9. A. Fournier. « Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme », chap. XXV et XXVI, p. 674 et suiv. Paris, 1881, chez Delahaye.

Fournier étaye son affirmation de sa statistique personnelle :

Sur 97 femmes traitées à Lourcine (nous insistons sur ce fait : traitées... au mercure évidemment, selon les moyens de l'époque, mais enfin traitées; alors que, par définition et sauf exception, la syphilis ignorée n'a pas été traitée, ou du moins subrepticement et incomplètement) :

44 ont quitté l'hôpital avant le terme de leur grossesse;

53 ont été délivrées à l'hôpital, donnant lieu à :

17 avortements;

8 accouchements prématurés;

28 accouchements à terme.

La statistique de Le Pileur est encore plus effrayante, quoique se rapportant également aux femmes traitées à Lourcine :

Sur 414 grossesses :

154 accouchements prématurés ou avortements (37,2 %);

260 accouchements à terme (62,8 %), dont 22, soit 5,3 %, ont survécu plus d'un an.

Aussi Fournier peut-il écrire : « En raison de sa grande fréquence et de sa fréquence dans un âge de

la vie qui correspond précisément à la période de procréation, la syphilis aboutit à déterminer autant de fausses couches qu'aucune autre maladie, voire que telle maladie douée d'une puissance abortive supérieure. »

Puis il note la fréquence maxima « du quatrième mois de la période secondaire à la fin de la deuxième année »; la présence de l'hydramnios, cette « ascite fœtale », l'augmentation du poids du placenta¹⁰, enfin les avortements « en série ».

*
**

Nous avons trouvé, afférant à nos 41 syphilis ignorées :

11 fausses couches;

8 enfants morts en bas âge,

qui concernent 11 malades. (Obs. I/300, II/337, VIII/431, XI/452, XII/452, XXIII/70.005, XXVI/70.114, XXIX/70.217, XXX/70.238, XXXII/70.241, XXXIII/70.274).

Encore faut-il déduire, sur ces 41 sujets, 4 d'entre eux qui sont atteints de syphilis récente, remontant

10. Diaz, « Le poids du placenta syphilitique », thèse du Spécialistee Pinard. Paris, 1892.

à quelques mois au plus, et n'ont guère eu le temps de contaminer une descendance.

En regard de ces 19 fausses couches ou enfants morts en bas âge de syphilis ignorée, nous avons eu la curiosité de rechercher :

1° Sur 574 consultants venus aux dispensaires et qui ont été reconnus exempts de syphilis, le nombre total d'accidents semblables : nous en avons trouvé 10 afférant à 8 parents;

2° Sur 46 « syphilis douteuses », nous avons trouvé 17 fausses couches ou enfants prématurés et morts en bas âge afférant à 9 parents.

N'est-ce pas la démonstration la plus éclatante de la vérité clinique que Fournier¹¹ formulait un quart de siècle avant l'avènement de l'ère sérologique : « L'avortement se produit souvent, très souvent, en dehors de tout accident actuel comme phénomène isolé, comme expression unique de la diathèse. Recherchez la vérole comme cause de tout avortement réitéré. »

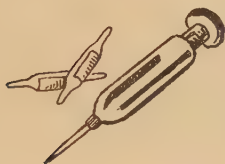
Et même, nous croyons que la précision et les facilités de diagnostic accrues par le laboratoire nous imposent d'autres devoirs. Nous pensons qu'il est désormais nécessaire, en présence d'un accident de la natalité, même lorsqu'il est unique, même lorsqu'il

11. Fournier, *ibid.*

fait sa preuve, non seulement d'appliquer les deux premiers degrés de la triade de dépistage de Vernes, mais encore ce troisième degré que M. le D^r Vernes réserve, en pratique, nous l'avons vu, à l'affirmation de la guérison des syphilitiques certaines.

Nous schématiserons notre pensée, sans nous faire d'ailleurs d'illusion trop grande sur sa facilité d'application actuelle, dans cette formule :

Fausse couche = jalon arsenical + contrôle des 8 mois.



LA SYPHILIS IGNORÉE CHEZ LES FEMMES

Nous avons souligné déjà que, sur l'ensemble des consultants, nous n'avions vu que :

37 % de femmes à Assas;

18 % de femmes à Clichy.

Dans le même temps pourtant, nous dépistions une syphilis ignorée chez :

11 femmes contre 6 hommes à Assas, soit dans 64,7 % des cas;

11 femmes contre 13 hommes à Clichy, soit dans 45,8 % des cas.

Un simple calcul nous montre que nous eussions, si les consultants avaient été également répartis dans les deux sexes, et que ces proportions se fussent maintenues, dépisté :

75,7 % de cas de syphilis ignorée féminine à Assas;

79,4 % de cas de syphilis ignorée féminine à Clichy.

La seule coïncidence de ces deux chiffres nous

semble un sérieux argument en faveur de leur exactitude : et même nous avons été un peu étonnés en les établissant, de voir que la différence de milieu social, de soin apporté à l'examen de soi-même, se chiffrait par un si faible écart entre la clientèle relativement bourgeoise de la rive gauche, et la population ouvrière de la banlieue.

*
**

Quoiqu'il en soit, nous avons trouvé une proportion de 3 à 4 syphilis ignorées chez la femme, contre 1 chez l'homme, beaucoup plus forte que celle plus haut rapportée par M. Leredde en 1921 (2 femmes contre 1 homme).

Nous croyons, pour notre part, que ce fait provient avant tout de ce que la propagande a plus et mieux atteint et surtout pénétré la masse masculine durant ces dix dernières années. C'est quelle n'a guère chez l'homme, cette propagande, qu'à dénoncer le danger et à ouvrir des centres de dépistage facilement accessibles, pour obtenir des résultats réels. Chez la femme, au contraire, elle se heurte d'abord et avant tout à la fausse pudeur et au préjugé de la « maladie honteuse », et réformer une mentalité millénaire est œuvre de longue haleine durant laquelle nous verrons sans doute croître le pourcentage des syphilis ignorées féminines dans l'ensemble des syphilis ignorées.



Nous venons d'être un peu durs quant à la lente perfectibilité féminine : nous allons du moins reconnaître qu'un nombre important parmi ces syphilitiques sont victimes de « syphilis imméritées », encore que (l'observation XXII/1395 le prouve admirablement) il soit fort difficile de restituer à qui de droit, dans un ménage, la priorité de l'infection.

Il nous semble presque incontestable pourtant, dans deux de nos observations (Obs. V/391 et VII/413), et bien probable dans deux autres (Obs. XVIII/1245 et XXXI/70.240), que le mari a été l'agent contaminateur.

Il en est peut-être encore de même dans trois autres cas (Obs. XXIII/70.005, XXXI/70.240 et XXXIII/70.274).

Mais, sans tenir compte de ces derniers, nous retrouvons — et il serait bien immoral qu'il en fût autrement — les 19 % de femmes dont Fournier¹² disait qu'elles avaient reçu la syphilis de leur mari, « honnêtement, irréprochablement ».

12. Fournier, « Prophylaxie de syphilis », p. 63, chez Rueff, Paris, 1903.

LA SYPHILIS IGNORÉE EN DERMATOLOGIE

Le dépistage de la syphilis ignorée pose dans ses rapports avec la dermatologie un double problème de diagnostic et d'association.

I. — Le problème de diagnostic est évidemment au premier rang : la syphilis simule tout et nous avons, chemin faisant, rencontré une observation (Obs. XIII/485) où deux éléments acnéiformes de l'aile du nez n'avaient pas laissé deviner leur nature spécifique à un examen clinique, pourtant à bon droit spécialisé. Nous n'aborderons cependant pas ce diagnostic morphologique qui constitue le fond même de la syphiligraphie, au sens étymologique du mot, et qui se trouve si minutieusement et cliniquement schématisé et illustré dans le livre de M. le Prof. Gougerot¹³ : *La Syphilis en clientèle*, que nous avons adopté pour notre guide fidèle.

II. — Et c'est encore dans un ouvrage de M. le Prof. Gougerot¹⁴ : *La Dermatologie en clientèle*, que nous

13. Gougerot, « La syphilis en clientèle », Paris, 1927, chez Maloine.

14. Gougerot, « La dermatologie en clientèle », Paris, 1932, chez Maloine.

puiserons, page par page, quelques citations qui nous mèneront à la conclusion du problème d'association.

« On a vu plusieurs fois des eczémas rebelles et récidivants guérir grâce au traitement antisypilitique qui modifiait heureusement le terrain » (p. 162).

Dans le psoriasis, « un point est à souligner au point de vue pronostique : la fréquence de la syphilis ou plutôt de l'hérédo-syphilis... la fréquence de l'hérédo-syphilis démontrée par les stigmates cliniques et les séro-réactions de Bordet-Wassermann plus ou moins ébauchées, s'explique par ce fait que le terrain hérédo-sypilitique, en diminuant la résistance de l'organisme, prédispose à beaucoup de maladies. Il existe des lésions hybrides, c'est ce qui explique les bons effets d'un traitement mercuriel, bismuthique, arsenical chez certains psoriasis » (p. 191).

Dans les « sommersions prurigènes » — lichen plan surtout — il y a lieu de tenir compte d'une « prédisposition difficile à combattre, car son mécanisme est obscur et relève tantôt d'hérédo-arthritisme, tantôt d'hérédo-syphilis, tantôt d'hérédo-alcoolisme ou d'hérédo-caféisme » (p. 270).

Parmi les dermatoses bulleuse de cause inconnue, la syphilis est certainement capable de réveiller des infections telles que l'herpès dont « Fournier faisait une affection para-sypilitique » (p. 240), ou le zona observé dans le tabes par Escat et traité avec succès par M. Milian avec le 914.

A propos des gangrènes « on discutera les lésions d'ordre artériel... Maladie de Raynaud, artérite syphilitique » (p. 424). Encore la maladie de Raynaud est-elle due à « des artérites spasmodiques, puis oblitérantes souvent syphilitiques » (p. 722). De même dans le phagédénisme, « la diminution de résistance du terrain, quelle qu'en soit la cause, joue un rôle certain » (p. 429).

Les succès obtenus dans le traitement du lupus par le calomel ou l'arsenic sont dus à « des hybrides syphilitico-tuberculeux ou au terrain syphilitique (hétérothérapie de Milian » (p. 532). Et ce que M. le Prof. Gougerot dit pour le lupus, il le répète implicitement pour l'érythème induré de Bazin où « le traitement de choix est l'alternance, dans la même cure, de 914 ou de sulfar et de tuberculine, ou mieux de vaccins » (p. 567).

« La dermalgie doit faire songer au tabes » (p. 733).

Il faut, dans les sclérodermies, « se méfier du terrain tuberculeux et surtout syphilitique » (p. 738).

De même dans la kératose pilaire (p. 716) et l'ichtyose (p. 742).

Dans le vitiligo, « on recherchera l'étiologie syphilitique ou hérédosyphilitique (P. Marie et Crouzon), qui, pour certains, agirait par le mécanisme d'une méningite chronique (?) : pour Milian, le vitiligo serait

précédé d'une lésion érythémateuse syphilitique » (p. 767).

En résumé, « la dermatose est un symptôme avertisseur... il faut donc, dans toute dermatose, faire l'examen complet viscéral de chaque malade » (p. 18), et, durant cet examen, « il est de nécessité urgente de penser toujours à l'étiologie syphilitique, car la syphilis lèse tous les tissus et y réalise tous les symptômes connus ».

*
**

Dans notre statistique, 6 malades (Obs. XII/467, eczéma; XIII/485, acné; XVI/70.114, ulcère de jambe; XXXIV/70.294, lymphadénie tuberculeuse; XXXVI/70.385, herpès; XXXVII/70.402, érythème induré de Bazin), sur 63 + 6 consultants de dermatologie ont été reconnus syphilitiques.

Ainsi des symptômes cutanés ont été à la base du dépistage dans $6/41 = 14,6 \%$ de nos cas de syphilis ignorée.

Et la syphilis a été reconnue chez $6/63 + 6 = 8 \%$ des consultants pour cette cause.

Nous notons que chez 5 d'entre eux (obs. XII, XVI, XXXIV, XXXVI, XXXVII, et nous avons vu que le sixième (obs. XIII) présente des syphilides acnéiformes.

mes), la dermatose est prolongée ou récidivante, conséquence de l'anergie du terrain.

D'où cette conséquence : en dehors d'un dépistage systématique qui est le plus souhaitable, une dermatose qui dure et présente des rechutes doit être particulièrement suspectée de syphilis.



SYPHILIS IGNORÉE ET GONOCOCCIE

Il fallut plus de deux siècles pour réfuter la conviction de Bravassole¹⁹ (1531) qui fit de la « pisse chaulde » — que Maître François Rabelais attribuait au bon Pantagruel — un des accidents de la vérole; et l'inoculation que John Hunter¹⁵ se fit à soi-même simultanément des deux maladies n'était pas faite pour remettre les choses au point. Il faut arriver à Bell, à Bosquillon, enfin à Ricord (1831) pour que la non-identité des deux maladies éclatât enfin et c'est seulement en 1879 que Neisser rapportait à un agent pathogène défini la cause infectueuse de blennorragie entrevue par Rollet.

L'on s'est, à la suite de ce démembrement préoccupé de rechercher les caractères différentiels d'un certain nombre de lésions ou de symptômes qui appartiennent à l'une et à l'autre maladies :

Leucorrhées syphilitiques dont nous avons déjà parlé (p. 153) et qui, contagion mise à part, ne sont pas plus stérile » que maintes pertes gonococciques où

19. A. Musa Brassavolus. « De morbo gallico », 1531.

15. J. Hunter, « A tractise of venereal disaese ». Part. I, chap. I, sect. V, p. 13-17.

fourmillent les cocci mais où le microbe de Neisser est si difficile à mettre en évidence.

Ulcérations érosives, papulo-érosives, chancrelleuses fissuraires, phagédéniques mêmes qui peuvent être des chancres mais aussi des accidents gonococciques des organes génitaux externes (Julien, Bizard et Burnier) ou du col de l'utérus.

Méthrorrhées qui sont ordinairement des blennorragies mais qui peuvent aussi signer un chancre du méat ou de la fosse naviculaire ou la période d'ulcération d'un syphilome de l'urèthre¹⁶.

Epididymites que l'étendue, la consistance ou la dolence ne suffisent pas à différencier cliniquement de manière absolue.

Métrites hémorragiques, rarement gonococciques en vérité, mais que notre maître, M. le D^r Louste¹⁷, sur la foi des résultats souvent obtenus par lui, et jadis avec les « fondants » mercuriels par son maître Polaillon, nous enseigne à ne jamais livrer sans preuve de non-spécificité « à un curettage qui saigne et se termine par une ablation » (et ceci peut sans doute ramener à la syphilis un certain nombre de fausses couches trop superficiellement attribuées à l'endométrite. Cf. dos. XXVI/70.114.)

16. Gougerot, « Le traitement de la syphilis en clientèle », p. 375, chez Maloine, 1918.

17. Louste, in cours complémentaire de dermatologie et de vénérologie de Saint-Louis, 24/11/33.

Mais il nous semble que l'on ait peu tenté d'établir les modalités particulières de l'infection Neissérienne sur terrain spécifique et pourtant la syphilis ne peut-elle être considérée comme un des facteurs de « mauvais état de défense du sujet » à quoi M. Barbellion¹⁸ rapporte un certain nombre de blennorragies prolongées? Certains dossiers de Clichy (n^{os} 1336, 1352, 1765, 2179, 2185) qui ne sont pas compris dans la période que nous étudions spécialement ici, nous donnent en effet *l'impression d'une nette prolongation — sans aggravation immédiate — de la blennorragie concomitante à la syphilis.*

Et nous nous demandons même si la tendance fibreuse et sténosante de la syphilis ne doit pas être tenue pour responsable de maint rétrécissement et si le nombre actuellement moins grand de ceux-ci, tout entier attribué à l'application de la méthode de Janet (dont la mise en œuvre pratique est malheureusement bien limitée et bien imparfaite), n'est pas pour une part le fait d'un dépistage plus courant et d'un traitement plus agissant de la syphilis^{18 bis}.

18. P. Barbellion. « La blennorragie », p. 196, Paris, 1933, chez Maloine.

18 bis. Nous ne pouvons nous empêcher de signaler ici, après Duhot (*Revue Belge d'Urologie et de Dermatologie* du 3 novembre 1912), Janet et Lévy Bing (*Gaz des Hôpitaux*, 20 février 1913 et *Diagnostic et traitement de la Blennorragie*, p. 486, chez Masson), les excellents effets obtenus à Clichy avec le 914 sur la Blennorragie, et particulièrement dans les cas d'association gonocoque-tréponème. Chimiothérapeutes aussi convaincus que distingués, MM. les Docteurs Pecker, Médioni et Gozlan, le marient alors volontiers, selon le procédé de Walter, à l'héxaméthylène



Nous avons au cours de cette étude rencontré quatre fois l'association en question :

(Obs. XIII/481 et 485, XVI/1214, et XXI/1380).
soit dans 10 % des cas de syphilis ignorée recueillis au total et dans 19 % des cas de syphilis ignorée, recueillis à Clichy.

Ces chiffres à eux seuls ne veulent pas dire grand'chose. En effet, sauf exception en faveur du personnel de la Préfecture de Police, les blennoragiens ne sont pas traités rue d'Assas, alors qu'au contraire la totalité d'entre eux est soignée à Clichy où elle forme la majeure partie de la clientèle d'une consultation de maladies vénériennes en général.

De sorte que le rapport le plus intéressant à établir est celui du nombre total des gonococcies à celui des syphilis découvertes en cette occasion soit :

$$4/109 = 3,6 \%$$

C'est là un pourcentage relativement faible, mais infiniment intéressant à obtenir au point de vue pro-

tétramine, celle-ci à des doses rarement inférieures à 4 g. (en IV tous les deux jours), obtenant ainsi un ralentissement, très surveillé évidemment, de l'élimination arsénicale.

(Jansion et Pecker : « Rapport à la Conférence sociale contre la blennorrhagie » du 1^{er} février 1933, p. 16.)

phylaxie, si l'on considère que l'âge moyen des syphilitiques ainsi démasqués est de 23 ans, correspondant à l'âge moyen des blennorragies.

Ces blennorragiens étant venus au dispensaire des premiers jours de leur affection, nous n'avons pas eu l'occasion de mettre en évidence à leur sujet la prolongation de l'infection dont nous avons parlé plus haut.

Nous noterons, encore que cela n'apparaisse qu'une fois (Obs. XVI/1214) sur cette statistique, que la prise de sang « en coup de sonde » systématique chez les blennorragiens est l'une des meilleures occasions de dépistage de la syphilis Nord-Africaine.

Enfin nous relevons, sans y ajouter d'opinion personnelle, que Gardner, Rubinstein, Barbellion²⁰, signalent le manque de valeur de la gono-réaction en cas d'association tréponémique, ce qui vient augmenter la difficulté du diagnostic étiologique de certaines localisations morbides telles que les arthrites.

20. P. Barbellion, « La blennorragie », p. 79, Paris, 1933, chez Maloine.

SYPHILIS IGNORÉE ET CÉPHALÉE SYPHILITIQUE

Une céphalée épouvantable et inéluctable était, pour les premiers auteurs, l'une des manifestations redoutées d'une vérole par ailleurs évidente. Nous nous trouvons aujourd'hui moins fréquemment en face de cette céphalée, souvent moins douloureuse qu'autrefois, mais la syphilis appauvrie en symptômes la peut maintenant adopter comme symptôme unique.

Gaucher²⁴ a définitivement peint la céphalée « secondaire », « profonde, intérieure, gravative, lancinante,... qui comporte tous les degrés, depuis la simple lourdeur, jusqu'à l'abrutissement complet,... s'accompagne de brouillards, vertiges, étourdissements, obnubilation complète de l'intelligence », et l'a distingué de la céphalée hystérique avec « ses zones anesthésiques, la variabilité de ses symptômes et la description exagérée donnée par les malades » et de la céphalée neurasthénique « la plus angoissante de toutes,... qui se produit de préférence le matin au réveil, dure toute la matinée, disparaît vers le soir. »

24. Gaucher, « La syphilis du système nerveux », p. 35 et 328, Paris, 1910, chez Doin.

E. Fournier²³ avait déjà donné les caractères de « la forme encéphalalgique de la syphilis du cerveau » : il s'agit d'une céphalée « intense, molestant vivement le malade, le rendant triste, morose, abattu, alourdi,... elle présente trois caractères qui, sans être absolument pathognomoniques, sont néanmoins assez spéciaux pour la faire soupçonner et rechercher une origine syphilitique,... à ce point qu'on pourrait presque poser ceci en aphorisme : un mal de tête intense, violent, à exacerbations nocturnes, à durée longue, chronique et à retours fréquents est un symptôme qui atteste presque infailliblement la vérole... La céphalée est donc un symptôme prémonitoire par excellence de la syphilis cérébrale. »

Et la Ponction Lombaire²² est venue nous apporter des éclaircissements sur le substratum anatomique de cette céphalée et nous permettre de contrôler cette affirmation de M. le Prof. Gougerot²¹, « toutes les fois qu'on observe une céphalée sans cause évidente il faut songer à la syphilis — symptôme avertisseur — surtout si cette céphalée est à recrudescence nocturne et n'a pas d'irradiation névralgique ».

21. Gougerot, « Le traitement de la syphilis en clientèle », p. 412, Paris, 1918, chez Masson.

22. Milian, Crouzon, Paris, Marie et Guillain, « La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire », discussion à la « Sté Médic. des Hôpit. », du 14/2/02.

23. E. Fournier, « La syphilis du cerveau », p. 88 et suiv. Paris, 1879, chez Masson.

En fait nous avons noté la céphalée cinq fois, soit dans 12,2 % des cas de syphilis ignorée, que nous rapportons :

deux fois à titre isolé (dos. XI/452, XXII/1395);

deux fois associée à d'autres symptômes (dos. XII/467, XXXII/70.241);

une fois dans le cadre d'un syndrome neurasthénique isolé (dos. XXVII/70.117), où le sujet « se plaint de fatigue, de maux de tête, etc.; or l'examen a révélé une syphilis. C'est là une preuve nouvelle de l'affirmation de Landouzy : il n'y a pas de neurasthénie essentielle, il faut toujours en chercher la cause²⁵ ».

La ponction lombaire s'est révélée pathologique deux fois seulement — et alors dans tous ses éléments — sur les quatre cas où elle a pu être pratiquée.

Notons encore que nous trouvons une prédominance de ce symptôme chez l'homme (trois cas contre deux chez la femme) — mais ce qui est le plus intéressant à considérer c'est le rapport $5/17 = 29,4\%$ du nombre des syphilis dépistées à celui des malades venus consulter pour le syndrome céphalées vertiges.

Et c'est parce qu'il représente justement le plus fort

25. Gougerot : « Le traitement de la syphilis en clientèle », p. 261. Paris, 1927, chez Masson.

pourcentage d'occasions de dépistages que nous ayons trouvées, que nous attirerons dans nos conclusions *l'attention sur les formes encéphalalgiques de la syphilis à demi latente.*

SYPHILIS IGNORÉE ET ÉTATS PULMONAIRES

Nous présenterons d'abord en quelques mots l'état de la question.

Elle se scinde anatomiquement en trois paragraphes d'importance fort inégale.

I. — En premier lieu les pleurésies, localisation rare de la période tertiaire à forme souvent hémorragique.

II. — En second lieu les bronchites : qu'il s'agisse de cette « trachéo-bronchite secondaire tenace et récidivante, simulant la tuberculose d'autant mieux qu'elle peut s'accompagner de fièvre, d'anémie, d'amaigrissement (forme cachectisante de la période secondaire) dont le diagnostic est tout entier dans la notion de syphilisation concomittante dont on doit rechercher les petits signes de début dans les bronchites à caractère tenace et à allures récidivantes », ou de cette trachéo-bronchite tertiaire dramatique car

« elle tue souvent après une rémission trompeuse²⁸ », son stade ulcératif faisant place à un stade de sténose progressivement asphyxiante.

III. — En troisième lieu, les processus proprement parenchymateux :

Qu'il s'agisse d'une pneumopathie gommeuse, la vieille « phtisie vérolique », l'ancien « syphilome pulmonaire à marche aiguë » de Dieulafoy, la « granulie pulmonaire syphilitique » de Gate et Gardère qui peut « présenter tous les symptômes de toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire : toux, expectoration mucopurulente, hémoptysie, dyspnée, douleur intense s'il y a pleurite, sueurs, fièvre, amaigrissement, hecticité³⁰ », mais qu'habituellement un aspect florissant, l'unilatéralité et la non-prééminence aux sommets des lésions, une évolution particulièrement rapide vers les signes cavitaires, permettent de soupçonner. —

Ou qu'il s'agisse plus ordinairement d'une pneumathie scléreuse qui évoluera selon quatre types bien individualisés par Letulle³¹ :

28. Gougerot, « Le Traitement de la syphilis en clientèle », p. 361, chez Maloine, 1918.

29. Gougerot, *ibid.*

30. Gougerot, *ibid.*, p. 364.

31. Letulle, Anatomie pathologique. Tome II, chez Masson.

un type de sclérose dense avec condensation hilare et lobaire, hémoptysies souffle tubo-caverneux;

un type de sclérose pulmonaire massive qui ajoute aux lésions pulmonaires précédentes des lésions pleurales fibreuses extensives avec leurs signes propres;

un type bronchectasique, l'ancien « syphilome pulmonaire à marche lente » de Lancereaux et Fournier, assez pathopneumonique;

un type enfin, le plus habituel, de sclérose pulmonaire diffuse sans ectasie, dans lequel le sujet, vieux tousseur dyspnéique présente de « l'expectoration, des râles de bronchite diffus et par place des foyers diffus de sous-crépitants³² »;

au total, classiquement, il faut penser à une pneumopathie syphilitique: « en présence d'une condensation pulmonaire scléreuse qu'on ne peut rattacher à la tuberculose, d'une grande sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale avec rétraction, d'une dilation des bronches ou d'une bronchite chronique à caractères particuliers³³ ».

Mais il faut bien avouer que la clinique est insuffisante pour établir le diagnostic entre syphilis pulmonaire et tuberculose pulmonaire: s'en remet-

32. Benda, « La bronchite chronique syphilitique ». Thèse du Sce Sergent. Paris, 1927.

33. Jeanselme, « Traité de la syphilis ». Tome V, vol. 2 (Paris, 1934, chez Doin), p. 23, l'article de Hutinel et Kourilsky.

tra-t-on à la radiologie? Certes, M. le Prof. Sergent³⁵ nous a donné des tests de valeur : nous aurions en cas de syphilis une image para-hilaire surchargée, dense, serrée, empâtée, incrustée de calcifications nodulaires avec, irradiant du hile en importants pinceaux, des bronches scléreuses. — localisation médiane à caractère fragile en vérité, puisque le même auteur admet la localisation apicale des formes hémoptoïques.

*
**

C'est que, en fait, la question est plus qu'un diagnostic différentiel; car si à la suite de notre maître, M. le Prof. Bezançon³⁴, nous n'admettons plus l'incompatibilité de la syphilis et de la tuberculose comme Hunter et Lancereaux, ni l'hybridité comme Ricord et Landouzy, nous admettons la coexistence fréquente, « deux affections chroniques et tenaces plus répandues et communes qu'aucune autre, ne pouvant manquer de coïncider chez maint individu³⁶, sans que l'on note de véritable modification réciproque et la tuberculose étant en tous cas la variable du couple.

35. E. Sergent, « Syphilis et Tuberculose ». Paris, 1907, chez Masson. — E. Sergent, « Etudes chimiques et radiologique sur les maladies de l'appareil respiratoire ». Paris, 1926. Maloine.

34. F. Bezançon et M. Chevalley, « Rapport présenté au Ve congrès national de la tuberculose (Strasbourg, 1923), sur les associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse pulmonaire ». Revue de la Tuberculose, 1923, p. 247-278.

26. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix. « Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée ». Dans le livre XIX, « Syphilis ». Tome I, p. 314 (Paris, 1925, chez Maloine), voir l'article de Mirande.

La syphilis peut en effet favoriser l'éclosion d'une tuberculose latente, réactiver une tuberculose éteinte, aggraver une tuberculose torpide : n'inhibe-t-elle pas, tout comme la rougeole, la réaction à la tuberculine³⁶, semblant ainsi déterminer un fléchissement de l'allergie tuberculeuse ce qui vient prouver, par surcroît, l'élévation du chiffre de la réaction de Vernes à la résorcine au moment du chancre³⁷.

Encore ne faudra-t-il pas s'en remettre à la sérologie classique du soin de discriminer les deux affections : Keyes, Heimann, Snow et Cooper, dès 1915, en Amérique. Renaud et Petit-Maire³⁸, Demanche³⁹, en France, ont constaté que le B. W. pouvait être positif en cas de tuberculose sans que la syphilis fut en jeu.

C'est pourquoi, l'absence de critère clinique et radiologique indiscutable, nous faisant un devoir de nous appuyer pourtant sur le laboratoire, — (nous notons simplement que la présence de bacilles de Koch, dans l'expectoration emporte, évidemment, le

36. M. Lelong et E. Rivalier, « Syphilis et Tuberculose, l'anergie syphilitique ». C. R. de « Société de Biologie », 1923. Tome LXXX, p. 327.

37. A. Pecker, Thèse de Paris, 1928, déjà cité.

38. Renaud et Petit-Maire, « Comparaison des réactions de déviation obtenues dans le sérum des tuberculeux par addition de deux antigènes soi-disant spécifiques ». — C. R. de la « Soc. Médic. des Hôp. de Paris », 1926, p. 1803-1806.

39. Jeanselme, « Traité de la syphilis ». Tome II, p. 350, v. l'article de Demanche (Paris, 1930, chez Doin).

diagnostic de bacilllose), — nous croyons que la mise en œuvre simultanée des réactions de Vernes au péréthynol et à la résorcine constituera le premier temps indispensable du diagnostic au laboratoire des états pulmonaires un peu traînants ou graves.

*
**

C'est là, du moins, la pratique des dispensaires de l'Institut Prophylactique. Elle a, sur l'ensemble des dossiers considérés, permis de déceler la syphilis chez huit sujets (Obs. VI/411, VIII/431, IX/450, X/451, XXX/70.238, XXXI/70.240, XXXVI/70.385, XXXIX/70.455.) C'est-à-dire que les pneumathies figurent pour 19,5 % dans les occasions de dépistage de la syphilis ignorée.

Mais ces chiffres appellent évidemment des réserves nombreuses : c'est accidentellement que douze malades sont arrivés à la consultation de vénéréologie de Clichy pour état pulmonaire et les quatre syphilis ignorées qui figurent sous cette rubrique à la statistique de Clichy sont le fruit de la mise en œuvre des deux réactions précitées par le service spécialisé des voies pulmonaires. A Assas, au contraire, le rapport des syphilis ignorées découvertes à l'occasion de pneu-

momathies, au nombre de pneumathies examinées se rapproche certes plus de la réalité $4/92 = 4,3 \%$.

Chez trois de ces sujets : (obs. VI/411, VIII/431, XXXVI/70.385), les résultats de la R. de Vernes à la résorcine créent une forte suspicion de tuberculose renforcée du fait de la prédominance des lésions au sommet. Il va sans dire que l'examen des crachats et la radiographie sont venus affermir les conclusions diagnostiques et établir des documents ultérieurement indiscutables en vue du traitement.

Chez les cinq autres malades (obs. IX/450, X/451, XXX/70.238, XXXI/70.240, XXXIX/70.455), il s'agissait de trachéo-bronchites du type secondaire ou de sclérose pulmonaire diffuse plus haut, décrites avant tout sous l'épithète « traînantes ».

*
**

Nous avons si souvent, en dehors de la présente statistique, rencontré ce symptôme de syphilis ignorée, soit seul, soit accompagné des accidents que nous allons maintenant décrire sous la rubrique « signes généraux », et parmi eux, avant tout, de l'anémie, que nous n'hésitons pas à souligner dans nos conclusions *tout l'intérêt de ces syphilis à demi latentes en les*

appelant « syphilis pseudo-tuberculeuses » : Le malade se présente comme un bacillaire en puissance et elles constituent à n'en pas douter, pour le dépistage systématique, une mine inépuisable que les consultations de phtisiologie devraient toujours prospecter.



SYPHILIS IGNORÉE ET ANÉMIE

Dans le résumé en tableau que nous avons établi d'après nos observations de syphilis ignorée, nous avons cru devoir en une colonne spéciale, que nous avons intitulée « signes généraux » réunir les symptômes suivants :

Courbature, rachialgie, asthénie, amaigrissement, anémie et pâleur.

Dans la peinture, par ailleurs impressionnante, qu'ils tracent de la vérole du ^{xvi}^e siècle, les premiers auteurs⁴⁰ avaient particulièrement insisté sur ces signes...

Gaucher⁴¹ décrit, et surtout chez la femme, « chez qui la syphilis est plus complexe et plus viscérale que chez l'homme », à côté d'une tolérance absolue et

40. Fracastor, « Syphilis sive morbus gallicanus », 1521 : « Durant les quatre mois lunaires entre l'inoculation et le chancre, les malades étaient accablés d'une torpeur insolite, perdaient la volonté et le courage, accomplissaient péniblement leur tâche; leurs yeux étaient éteints, leur visage triste et pâle. »

Massa, 1532 : « Les patients deviennent paresseux, somnolents, ils pâlissent et leur intuition subit un séchissement appréciable. »

Fallope : « Tractatus de morbo gallico ». Chap. XIII, « lassitude douleurs vagues, altérations du teint, tristesse ».

41. Gaucher, « Leçons cliniques sur la syphilis », p. 233. Paris, 1881, chez Delahaye.

d'une « inconscience » totale de la maladie, un « état de malaise, d'imminence morbide que le sujet traduit par la phrase « je vais tomber malade », enfin à un degré de plus « un véritable état de maladie » caractérisé soit par la « chloro-anémie » soit par l'« asthénie ou langueur, c'est-à-dire une anémie sans facies ni réaction hématologique du type anémique ».

MM. Jeanselme⁴², Schulmann⁴³, Milian⁴⁴, insistent sur la « pâleur terreuse », le manque de force mesuré au dynamomètre, la fatigabilité de sujets qui « n'ont plus aucun appétit pour le mouvement ».

M. le Prof. Gougerot⁴⁵, à son habitude, classe et peint tout à la fois :

« Tantôt le malade est anémique et l'on peut observer tous les degrés et toutes les formes d'anémie : anémie légère, chloro-anémie, chlorose, anémie grave, anémie pernicieuse; on a même publié des cas de « pseudo leucémie syphilitique » c'est-à-dire, d'anémie syphilitique avec réaction intense des organes

42. Jeanselme, « Différentes formes évolutives de la syphilis secondaire », in « Rev. gén. clin. et thérapeut. », 1921.

43. E. Schulmann, « Etudes cliniques de syphiligraphie », p. 83, l'asthénie des « syphilitiques ». Paris, 1932, chez Masson.

44. Milian et Solente. « Fièvre et anémie syphilitiques secondaires », in « Rev. franç. de dermat. et vénér. », 6/25. Milian, « Aménorrhée asthénie, amaigrissement, diarrhée syphilitiques secondaires », in « Rev. franç. de dermat. et de vénér. », 2/28, p. 108.

45. Gougerot, « Le Traitement de la syphilis en clientèle », p. 261. Paris, 118, chez Maloine.

hémato-poïétiques, déversant dans le sang des cellules anormales et simulant la leucémie.

« Tantôt, le malade présente le syndrome neurasthénique...

« Tantôt, le malade est très amaigri, pâle, cachectique, ressemblant à un phtisique. Morel Levallée a vu une malade perdre, en un mois 19 kg. de son poids. On a donc pu prononcer les mots de « syphilis consumptive », « cachectisante »...



Voilà pour le tableau clinique. Quel est le substratum anatomique⁴⁶ de cette anémie?

On note : une diminution peu importante du nombre des hématies, mais accompagnée d'une diminution notable de l'hémoglobine, d'où diminution de la valeur globulaire, une hyperleucocytose faible avec mononucléose relative et légère œsinophilie.

Et le mécanisme en réside, soit dans une fragilité spécifique des hématies qui s'extériorise dans certains ictères hémolytiques congénitaux (Chauffard) et mieux encore dans le phénomène de Justus, soit beaucoup plus rarement et seulement en cas d'anémie perni-

46. Jeanselme et Sezary, « Précis de syphiligraphie », p. 175. Paris, 1925, chez Baillen.

cieuse⁴⁷ dans une entrave à l'hématopoïèse due à une sclérose de la moelle osseuse.

Quant au syndrome : asthénie, amaigrissement, teint terreux, il serait dû à une atteinte surrénalienne, modalité particulière d'une « endocrinide » plus généralisée, dont la dysménorrhée et l'aménorrhée sont les traductions les plus indiscutables.

*
**

Quoiqu'il en soit de leur pathogénie, nous avons rencontré les signes généraux plus haut définis chez onze malades sur 41, soit dans plus de 25 % des cas.

Observations : VI/411-412, VIII/431, XVII/1217, XXII/1395, XXX/70.238, XXXI/70.240, XXXII/70.241, XXXIII/70.274, XXXV/70.384, XXXVI/70.385.

Mais nous éliminerons de cette liste les sujets en proie à d'autres affections qui pourraient être rendues responsables de ces symptômes :

47. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Bâbonneix, « Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée », voir au livre X « Sang », l'article d'Agasse Lafont, « Syndrome anémique au cours des affections aiguës et chroniques ». Paris, 1925, chez Maloine.

3 tuberculoses : observations VI/411, VIII/431, XXXV/70.384.

1 cholécystite chronique : obs. XXXIII/70.274.

1 ictère catarrhal : obs. XVII/1395.

Il reste six malades (quatre hommes et deux femmes), soit 14,6 %, dans l'ensemble des syphilis ignorées, qui sont venus au dispensaire uniquement, ou avant tout pour des signes généraux attribuables à leur syphilis et pour qui ces signes généraux représentaient au total une diminution de leur valeur mécanique assez considérable pour les amener à consulter par crainte de la tuberculose, ceci en temps de crise économique et alors que l'ouvrier — chose lamentable qui nous a souvent peiné à Clichy — ose à peine, par crainte de renvoi suivi de chômage, quitter son travail, « demander une heure » pour se consacrer au soin de sa santé.

Aucun de ces malades ne présentait pourtant de symptômes d'anémie pernicieuse et même il n'a pas été jugé nécessaire d'établir leur formule hématologique : ils ont été améliorés dès le début du traitement spécifique.

Nous signalons que deux fois (obs. XXII/1395 et XXXVI/70.274) l'amaigrissement a été considérable (10 kg. en 3 mois dans la première observation, — 23 kg. en deux ans dans la seconde entachée il est vrai de cholécystite chronique).

**

Ces troubles rappellent — d'assez loin en vérité, mais tout au moins dans leurs composantes fatigue et anémie — ceux que l'on observe dans l'intoxication par les métaux lourds : plomb, mercure, bismuth. Les premiers auteurs se sont demandés avant que le mercure passa pour « le fer de l'anémie syphilitique » s'il ne convenait pas de le rendre responsable de ces accidents et nous connaissons bien aujourd'hui « l'asthénie bismuthique ». D'ailleurs ces éléments de poids atomique voisin et qui font partie de la même série dans la classification périodique de Mandeleieff n'ont-ils pas des propriétés pharmacodynamiques voisines : Hg et Bi comme anti-syphilitiques, Pb et Bi comme antinéoplasiques (Blair Bell, Borrel, de Coulom et Bœz).

C'est pourquoi, voulant définir en une formule qui retint l'attention, ces formes à demi latentes de la syphilis et ne souhaitant pas employer les mots pseudo-mercuriel ou pseudo-bismuthique, qui pourraient être tendancieux quant au traitement, nous nous sommes arrêtés sur les termes de « *syphilis pseudo-saturnine* » pour désigner les formes hyposthéniques et anémiques de la syphilis ignorée que nous avons rencontrées.

LA RÉVÉLATION DU DIAGNOSTIC DE SYPHILIS IGNORÉE

Fournier⁴⁸, étudiant les « syphilis fécondes » et les « syphilis stériles » et notant « la prééminence considérable de la plaque muqueuse en tant qu'agent de contagion » concluait à la nécessité d'instruire les malades relativement aux dangers de leur syphilis par rapport à autrui », pour que « la syphilis soit réduite au minimum d'irradiation possible ». Ajoutons qu'un traitement long et astreignant exige pour être suivi avec docilité que le malade soit persuadé de la gravité de la menace qui pèse sur lui. De plus une syphilis ignorée a souvent essaimé, plus souvent et plus longtemps qu'une autre à l'ordinaire, et il importe de mettre le malade dans l'impossibilité d'échapper à sa conscience et de ne pas nous adresser ses proches. Enfin tout en nous méfiant, par principe, de ce que nous raconte le syphilitique et particulièrement lorsqu'il nous dit « un médecin m'a fait une prise de sang, dont il ne m'a pas communiqué le résultat mais qu'il a fait suivre d'un traitement par piqûres qui m'a guéri de tel accident » — (imputable à syphilis) — nous croyons bien avoir rapporté (obs. XX/1335) un cas de ce genre que nous avons appelé « syphilis ignorée retrouvée » et que nous avons déjà commenté.

48. Fournier, « Prophylaxie de la syphilis ». Paris, 1903, chez Rueff.

Ainsi sans revenir sur ce que nous avons dit antérieurement quant au secret à observer durant le dépistage appliquons à la syphilis ignorée la parole de notre Maître, M. le Prof. Gougerot⁴⁹ : « En un mot le syphilitique doit être instruit de ses devoirs d'honnête homme vis-à-vis de sa famille et de la société et de ses risques vis-à-vis de lui-même. Pour toutes ces raisons il est nécessaire de lui faire connaître la nature exacte de sa maladie et de ses dangers » — avec tact et humanité, évidemment.



49. Gougerot, « Le Traitement de la syphilis en clientèle », p. 346. Paris, 1918, chez Maloine.

SYPHILIS IGNORÉE ET MÉDECINE SOCIALE

Le fait d'intégrer les mots « au dispensaire » dans le titre de cette thèse impliquait, tout d'abord dans notre esprit, un développement de quelque étendue donné aux rapports de la médecine sociale avec la lutte antisyphilitique mais c'est là un terrain paramédical brûlant où la personnalité civique risque à chaque instant de déborder sur la médecine en abandonnant les hauteurs sereines de la clinique.

Nous ne ferons donc suivre d'aucun commentaire le fait d'avoir dénombré, sur 41 syphilitiques ignorés, 4 indigènes Nord-Africains en plus de 6 étrangers.

Nous avons plus haut insisté sur la nécessité d'une propagande de dépistage et indiqué quelques-uns des points sur lesquels elle doit porter. Mais la propagande n'est qu'une des modalités de la médecine sociale : celle-ci doit disposer d'un « service social » qui soit l'antenne du dispensaire dans la masse populaire et le lien nécessaire entre tant d'organismes qui ont à connaître de la syphilis.

Nous avons mis certes du temps à l'admettre car son institution même représente une violation constante et volontaire du secret médical qui nous apparaissait

monstrueuse il y a quelques mois encore : l'histoire d'un de nos malades de Clichy récemment reconnu syphilitique a qui nous demandions de nous amener sa femme, nous a démontré que, confié à un personnel en tous points remarquable (condition *sine qua non*⁵⁰), le « service social » pouvait et devrait puissamment aider au dépistage sans rien toucher des garanties traditionnelles de la médecine ni des instincts individualistes d'un pays libéral. Ce garçon nous déclarant avec la plus entière apparence de bonne foi que sa femme, par lui avertie pourtant, se refusait à l'accompagner au dispensaire, nous lui avons demandé s'il désirait qu'une des Assistantes Sociales attachées aux services voisins allât, chez lui, porter la bonne parole ; il accepta : le ménage est maintenant en traitement.

Nous croyons que généralisé, rendu plus terre à terre par l'appel à l'intérêt « votre partenaire non soigné vous réinfectera lorsque vous serez guéri », épargnant au malade ce qui lui coûte le plus, l'aveu direct, au profit de l'aveu par personne interposée, lui assurant la meilleure défense quant à démontrer « qu'il n'y est pour rien », ce système peut réussir à endoctriner la majorité des malades « intéressants » dont il facilitera le propre traitement et celui du conjoint.

Quant au reste, à l'application en France, dernier

50. Spillman, « L'évolution de la lutte contre la syphilis », v. p. 183, « Le service social antisiphilitique », Paris, 1933, chez Masson.

rempart de l'esprit libéral en Occident, de mesures légales coercitives analogues à celles de l'étranger, que M. le D^r Cavaillon⁵¹ a minutieusement passées en revue dans son livre « les législations antivénériennes dans le monde », nous ne nous permettons pas encore de prendre parti, car un court examen de conscience nous a permis de mesurer que nos idées sociales évolueraient sans doute comme la résultante d'une mentalité générale, certes bien fixée croyons-nous, mais aussi d'une réaction aux idées ambiantes qui se font jour à chaque instant, et d'une expérience médicale encore à son aurore.

*
**

Arrivés au terme de ce travail nous ne croyons pas avoir fait une étude complète de la syphilis ignorée, ou du dispensaire, ou de la méthode de Vernes — plusieurs volumes n'y suffiraient pas et ce ne pouvait être notre but — mais du moins pensons-nous avoir rapporté un faisceau suffisamment impressionnant de cas inédits de dépistage de la syphilis ignorée, au dispensaire par la méthode de Vernes, pour établir la conclusion générale suivante :

Dans les affections chroniques les plus diverses, mé-

51. Cavaillon, « Les législations antivénériennes dans le monde ». Publications de l'Union Internationale contre le Péril vénérien, 1931.

dicales ou chirurgicales, le médecin doit toujours penser à une syphilis possible et chaque fois qu'il en a le moindre doute son devoir est de la faire contrôler par tous les moyens qui sont à sa disposition, et électivement par la méthode de Vernes, intégralement et correctement mise en œuvre — et ceci permettra de tirer de la parole de Ricord toutes ses potentialités thérapeutiques « en fait de vérole tout est possible, voire l'impossible..... on n'a le droit de désespérer d'un malade que lorsqu'il est mort⁵² ».

Ce sera l'essentiel des conclusions officielles que toute thèse de doctorat doit comporter *in fine*.



52. Cité par Fournier, in « Leçons cliniques sur la syphilis ». Paris, 1881, chez Delahaye.

CONCLUSIONS

I. — Le dépistage au dispensaire de la syphilis, maladie individuelle et maladie sociale, doit s'appuyer sur deux principes inséparables :

a) suspecter de syphilis, jusqu'à preuve du contraire, tout humain qui se présente à la consultation. Mais...

b) mais à la condition formelle de ne tirer de cette hypothèse de travail aucune conclusion en acte ou en parole avant d'avoir démontré l'infection de façon tangible.

II. — La méthode de Vernes, appliquée dans ces conditions, met au service du dépistage un parmi les meilleurs critères actuels de guérison de syphilis, ainsi qu'une organisation pratique minutieusement réglée dans ses moindres détails.

Elle a ainsi permis parmi un millier de consultants, pris à la suite et au hasard, de faire la preuve de :

4.93 % de syphilis ignorées au dispensaire de la rue d'Assas.

7.59 % de syphilis ignorées au dispensaire de Clichy.

Et ce chiffre nous semble, en dehors de toute discussion sur la sensibilité de la réaction de Vernes au péréthynol, considérée isolément, témoigner hautement de la valeur de la méthode.

III. — Le public accepte désormais la prise de sang isolée, systématique mais, rançon de sa rigueur scientifique, la méthode de Vernes exige, plus souvent qu'une autre peut-être, la mise en œuvre non moins systématique de la prise de sang « en série » et de la ponction lombaire, auxquelles ce public est encore rétif — et de la nécessité desquelles l'effort de la propagande doit désormais le convaincre.

IV. — L'étude clinique des cas de syphilis ignorée que nous avons ainsi isolés nous montre :

a) L'importance de cette notion : « La syphilis aux syphiligraphes ».

b) L'importance de la contagion conjugale avec pour corollaire, lorsque l'un des conjoints semble indemne, la nécessité de pratiquer néanmoins sur lui un jalon arsenical de Vernes simultanément à celui qui marque la fin du traitement de l'autre.

c) L'importance de la mortalité fœtale et infantile

avec pour corollaire, même lorsqu'elle fait sa preuve :
fausse couche = jalon.

d) L'importance relative de la syphilis ignorée chez
les femmes.

e) La nécessité de toujours penser « sérologique-
ment » à la syphilis au cas de : dermatose, particuliè-
rement de dermatose rebelle et au cas de : gonococcie,
particulièrement de gonococcie traînante.

f) L'existence de syphilis à demi latentes dont les
symptômes doivent alerter tout médecin de médecine
générale :

a) encéphalalgiques;

b) pseudo tuberculeuses;

c) pseudo saturnines, caractérisées par : rachial-
gie et courbature, anémie et pâleur.

g) La nécessité de masquer souvent le dépistage,
mais de révéler toujours le diagnostic de syphilis, une
fois certain.

h) La nécessité d'un « Service social » pour les ma-
lades intéressants à qui il facilite le traitement.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

